Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

SCHOOL OF MEDICINE
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

GEGRÜNDET VON P. G. UNNA

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, L. ARZT-Wien, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, S. BETTMANN-Heidelberg, H. BOAS-Kopenhagen, M. BOCKHART-Wiesbaden, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, E. BRUUSGAARD-Oslo, A. BUSCHKE-Berlin, J. CAPPELLI-Turin, K. DOHI-Tokio, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FREUND-Triest, R. FRÜHWALD-Chemnitz, E. GALEWSKY-Dresden, O. GANS-Heidelberg, C. GUTMANN-Wiesbaden, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, W. IWANOW-Moskau, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, W. KERL-Wien, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEVEN-Elberfeld, H. P. LIE-Bergen, R. MATZENAUER-Graz, E. MEIROWSKY-Cöln, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, G. MESTSCHERSKY-Moskau, L. MOBERG-Stockholm, P. MULZER-Hamburg, O. NAST-Danzig, E. NATHAN-Nürnberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, P. NIKOLSKI-Rostow a. D., G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, T. PAWLOW-Leningrad, M. PELAGATTI-Parma, A. PERUTZ-Wien, F. PINKUS-Berlin, S. POLLITZER-New York, G. DE PROBIZER-Rovereto, C. RASCH-Kopenhagen, E. RIECKE-Göttingen, H. RITTER-Hamburg, P. RUSCH-Wien, E. SAALFELD-Berlin, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. Pr., W. SCHÖNFELD-Greifswald, K. SCHREINER-Graz, J. SCHUMACHER-Berlin, E. SEDERHOLM-Stockholm, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRÉB-Brünn, P. UHLENHUTH-Freiburg i. B., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien, K. ZIELER-Würzburg

HERAUSGEGEBEN VON

J. H. RILLE LEIPZIG
E. DELBANCO HAMBURG
F. CALLOMON DESSAU
P. UNNA JUN. HAMBURG

SIEBENUNDACHTZIGSTER BAND

1928

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 114 ABBILDUNGEN IM TEXT

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1928

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis

Originalarbeiten

Seite

Beiträge zur Hefepilzerkrankung. Von W. Richter. 931
Ein Fall von Acanthosis nigricans. Von J. Polak. 941
Von Funden mittelalterlicher Syphilis. Von A. v. Notthafft 944
Die praktische Bedeutung der Blutkuchen-WR nach Dold. Von G. J. Bojewskaja und S. A. Karol 953
Über eine eigenartige Gelbfärbung der Haut. Von B. Lipschütz 975
Herpes tonsurans, Mikrosporie und Favus der Augenbrauen und Wimpern. Von A. Lourier und E. Zwitkis 1019
Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen. IV. Neuere Mikroskopierlampen für Dunkelfeldbeleuchtung. Von F. W. Oelze 1022
Über einen salvarsanresistenten Fall exulzerierter tertiärer Lues der Nase. Von R. Geiger 1028
Dermatitis verrucosa (Chromoblastomykose). Von A. Buschke und A. Joseph 1047
Zu Lilienstein: Über ein eigenartiges Veramonexanthem. Von W. Haas 1050
Der Calorilux in der Dermatologie, Venerologie und Urologie. Von Strauss. . 1050
Beitrag zur Frage der syphilitischen Fingergelenkerkrankungen. Von M. Framhein 1052
H. Noguchi. Von J. H. Rille. 1061
Über Pseudoleukokeratose der Mundschleimhaut. Von O. Grütz 1075
Das Pilokarpin in der Dermatologie. Von K. Fürst 1078
Zur Kasuistik des Lichen ruber planus et vesiculosus. Von K. H. Vohwinkel 1103
Über einen Fall von Trichophytid. Von Blut 1109
Beitrag zur Färbung der Pilze von Favus und Herpes tonsurans. Von E. Heidegger 1112
Über die Beeinflussung der Thalliumwirkung durch Hormone. Von A. Buschke und B. Peiser 1115
Zu meinen Versuchen, die Vitalität der alternden Epidermis zu heben. Von J. F. Kapp. 1118
Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Lues recens und Ulcera vener., insbesondere vor Positivwerden der WR. Von K. Hedén. . . 1118
Zur Behandlung der chronischen Prostatitis mit Diathermie. Von J. Herwitz . 1126
Zur Behandlung der Urethritis non gonorrhoica. Von R. Frühwald. 1127
Über einen Fall von „Naevus sebaceus unilateralis" nach Pockenimpfung. Von A. B. Selisky. 1147
Erythema nodosum migrans. Von E. Wohlstein 1150
Urotropin-Dermatitis. Von J. Broers. 1151
Zur Behandlung der gonorrhoischen Urethritis mit Formalindämpfen. Von Drobinski 1151
Über die Anwendung von Thallium aceticum in 60 Fällen von Haarpilzerkrankungen. Von Wovsi 1153
Über die Rolle der Lues bei der Entstehung der Nephrosen. Von P. Immerwahr 1154
Die hämorrhagische Vulvitis von Lipschütz und ihre Ätiologie. Von K. A. Karyschewa 1157
Die Bedeutung der konstitutionellen Anomalie des Harn- bzw. Sexualorgans für die schwer verlaufende Gonorrhoe des Mannes. Von P. Wenger 1159
Lichen ruber und Psoriasis. Von A. Buschke und W. Curth 1175
Über eine seltene Form des Lichen planus (Lichen planus annulatus atrophicus). Von L. N. Maschkilleisson und B. N. Silbermann 1180

79991 Digitized by Google

Seite

Fall eines Präputialsteines von ungewöhnlicher Größe. Von B. H. U. Mohrmann 1185
Bemerkungen zum Züchtungsverfahren des Schizosaccharomyces hominis Benedek 1927. 1. Mitteilung: Die Primärkultur (Das mikroskopische Bild). Von T. Benedek 1203
Zur Behandlung der Gonorrhoe des Weibes. Von Th. Katz 1214
Beiträge zur Hefepilzerkrankung. III. Soormykose. Von W. Richter 1231
Zur Frage der unspezifischen Behandlung der Syphilis. Von A. Perutz und R. Rosner 1243
Über ungewöhnliche, paronychieartige Lokalisation Boeckscher Sarkoide an den Nagelphalangen. Von R. Habermann 1259
Heilung von fünf Fällen von exfoliativen Erythrodermien. Von P. Unna jun. . 1263
Zum Problem des teleangiektatischen Granuloms. Von E. Delbanco 1268
Histologische Untersuchungen von Achselhöhlenhaut bei beiden Geschlechtern und in verschiedenen Lebensaltern. Von C. L. Karrenberg 1275
Untersuchungen bei Pemphigoid der Neugeborenen und exfoliativem Pemphigoid (Dermatitis exfoliativa Ritter). Von W. Pockels 1279
Die primäre exogene Infektion der Nasenschleimhaut mit Tuberkulose in ihrer immunisatorischen Bedeutung. Von P. Wichmann 1282
Mikrostomie infolge Cheilitis interstitialis luetica. Von C. Bruck 1286
Über einen Fall von Gumma sclerae. Von H. Meves 1288
Auftreten von tertiär-syphilitischen Erscheinungen nach Malariakur. Von H. Ritter 1290
Zur Frage der natürlichen Übertragbarkeit der Impfmalaria. (Beobachtungen am „Wiener Stamm".) Von O. Fischer 1292
Stauungspapille bei metastatischer gonorrhoischer Augenerkrankung. Von E. Schindler 1297
Konstante und meßbare Kastrationsfolgen. Von W. Blotevogel 1299
Einige Bemerkungen zur Behandlung des Rückfallfiebers mit Spirozid. Von H. Ruge 1302
Hydrogensuperoxyd als Schälmittel. Von K. v. Berde 1315
A. Buschke, zu seinem 60. Geburtstag 27. September 1928 gewidmet. Von W. Fischer und E. Langer 1343
Zur Kenntnis der Dermatomyome. Von C. Bruhns 1344
Die Bedeutung der Lymphdrüsenerkrankungen für die Erkennung und Erforschung der Syphilis. Von E. Hoffmann 1346
Die Haut, ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems. Von E. F. Müller und E. Delbanco 1348
Betrachtungen zur Epidemiologie der Skabies. Von F. Pinkus 1353
Ameisensäure bei Dermatosen. Von B. Spiethoff 1355
Favus beim Kanarienvogel (Achorion passerinum). Von W. Fischer 1359
Stirbt die Syphilis aus? Von M. Gumpert 1361
Zur Darstellung von Mißbildungen der Harnröhre. Von E. Langer 1363
Syphilis und Unfall. Von M. Michael 1366
Beitrag zur Kenntnis der Lymphadenosis cutis circumscripta und Prurigo lymphatica bei aleukämischem bzw. subleukämischem Blutbefunde. Von P. Mulzer und E. Keining 1371
Haarregeneration und Thallium. Von B. Peiser 1378
Über die chronische Cowperitis gonorrhoica. Von E. Sklarz 1380
Über einige klinische Beobachtungen von Hautkrankheiten und Stoffwechselstörungen. Von G. Stümpke 1383
Experimentelle Untersuchungen über Akridinfarbstoffe. Von W. Casper 1390
Unsere Erfahrungen mit Spirobismol solubile. Von W. Curth und H. Curth-Ollendorff 1395
Über Befunde von Pilzen der Gattung Dematiaceae bei oberflächlichen Hautaffektionen. Von A. Joseph 1396
Differentialdiagnostische Betrachtung über Blut- und Liquorbefunde bei Hirntumor und Hirnlues. Von L. Loewenstein 1398
Über die kondylomatoide Präkanzerose der Genitalgegend (Delbanco-Unna). Von H. Mühlpfordt 1403
Zur Chemie der Zellfärbung. VII. Mitteilung: Über nukleinsäure-, lipoidsäure- und plastinsäurefreie Zellen. Von J. Schumacher 1412
Beiträge zur Zosterfrage. III. Von S. A. Glaubersohn 1422

Digitized by Google

Seite

Beiträge zur experimentellen, auf hämatogenem Wege hervorgerufenen Dermatomykose, mit Berücksichtigung der Zirkulationsdauer der Parasiten im Blutkreislauf. Von S. M. Fried und M. B. Segal 1426
Von Funden mittelalterlicher Syphilis. Von A. v. Notthafft 1434
Ichtoxyl. Von Fr. Šamberger 1445
Hefe bei Psoriasis. Von Fr. Drexler 1450
Erblichkeit der multiplen Lipome. Von Leven 1563
Ein Fall von Schizosaccharomykose. Ton T. Benedek und R. Frühwald . . . 1566
Syphilis bei Eheleuten. Von A. Jordan 1578
In 5 Minuten ablesbare Schnellreaktion auf Syphilis. Kadisch-Methode. Von M. M. Israelssohn und S. A. Korol 1584
Über zirkumskriptes Myxödem. Von J. Šamek 1607
Hautregeneration und das Hautserum Novipithel. Von K. Holzapfel 1612
Experimentelle Hautaspergillose (Über Milzmykosen). Von A. Nanta 1635
Ein eigenartiges Veramonexanthem. Von B. G. Gross 1638
Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen V. Von F. W. Oelze 1639
Versuche zur Kultivierung und Reinzüchtung des Lepraerregers. Von E. Keil und P. Unna jun. 1663
Zur Frage der Ätiologie und Pathogenese des Lichen ruber planus. Von S. Neumark 1666
Zur Frage der Röntgenschädigungen bei tuberkulösen Prozessen. Von Klara Fischer 1674
Fünf Jahre Bismogenoltherapie in poliklinischer Anwendung. Von Jul. Grünberg 1675
Schafft man durch Malariabehandlung der Frühsyphilis dem Patienten Nutzen im Hinblick auf eine mögliche spätere postsyphilitische Erkrankung? Von E. Martini 1677
Erfahrungen an 477 Subokzipitalpunktionen. Von A. Ritzefeld 1678
Klinische Erfahrungen mit Transargan. Von D. Nitschke 1681
Drei neue Beobachtungen von Herpes zoster generalisatus. Von H. O. Münsterer 1703
Alter und Geschlecht in der Biologie der Haut. Von P. Jordan 1709
Urethritis leprosa. Von E. v. Bassewitz 1709
Atypische Lokalisation bei Erythema exsudativum multiforme. Von E. A. Burmeister 1713
Zur Färbung pathogener Pilze. Von C. L. Karrenberg 1715
Zur Behandlung der akuten und chronischen Urethritis mit Formalindämpfen. Von R. Abimelech 1716
Bemerkung zu dem Aufsatz von Oberregierungsrat Dr. Breger: „Die Auswirkung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom hygienischen Standpunkt". Von M. Flesch 1716
Über Trichotillomanie. Von C. L. Karrenberg 1731
Experimente mit Thallium an stillenden Ratten. Von J. v. Vásárhelyi 1741
Pemphigus blastomycoticus. Von Procházka 1759
Über Ulcus acutum vulvae (Lipschütz-Czapin). Von Glaubersohn 1766
Untersuchungen über den Einfluß des negativen Druckes auf die Haut. Von R. v. Leszczyński 1769
Zur Klinik und Histologie der Xanthome. Von J. N. Olesoff und A. B. Selisky 1787
Zur Salvarsantherapie des Milzbrandes. Von S. B. Goldin 1792
Zur Therapie des Hautsoor. Von K. v. Berde 1796
Blut- und Liquoruntersuchungen mit der Müllerschen Ballungsreaktion. Von M. Kruspe 1802
Epidermale Aspergillusmykose der Haut. Von Ph. Keller 1831
Über experimentelle und klinische Versuche zur Entgiftung des Thalliums durch Natriumthiosulfat. Von A. Buschke 1833
Zur Frage der Vermeidung der Komplikationen bei der Thalliumtherapie. Von Ju. Mrongowius und G. Duchan 1834
Über die Anwendung des Natriumthiosulfats zur Verhütung der Komplikationen bei der Thalliumtherapie. Von A. Buschke, G. Duchan und A. Joseph . 1835
Ergebnisse der Liquoruntersuchungen bei 477 Subokzipitalpunktionen. Von A. Ritzefeld 1838
Zur Diagnostik des harten Schankers an den Augenlidern. Von L. S. Sirota . . 1840

Digitized by Google

Seite

Therapeutische Bemerkung zu Ernst Sklarz: „Über die chronische Cowperitis gonorrhoica". Von F. Landt 1842
Ansprache des Einführenden der Sektion. Von Mulzer 1855
Haut und Helminthen. Von Fülleborn 1857
Über tropische Hautkrankheiten. Von M. Mayer 1866
Demonstration von Präparaten eines durch Onchocerca volvulus verursachten Wurmtumors eines Kamerunnegers. Von E. Hoffmann 1868
Chylozele und Periorchitis durch Filaria Bancrofti. Von Vogel 1870
Vom Konstitutionsbegriff in der Dermatologie. Von L. Pulvermacher 1882
Die Haut, ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems. Von E. F. Müller 1882
Der Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen und unter experimentell geänderten Bedingungen beim Tier nach Zuckerbelastung. Von E. Urbach 1883
Die praktische Bedeutung des Säure-Basengleichgewichts bei Hautkrankheiten. Von Vonkennel 1884
Stoffwechselbefunde bei Psoriasis. Von Nothhaas 1888
Sind Pyodermien ohne strenge diätetische Behandlung heilbar? Von Lustig . . 1889
Experimentelle Untersuchungen über fokale Infektion und deren Bedeutung für die Dermatosen. Von A. Memmesheimer 1889
Über experimentelle Schizosaccharomykose. Von T. Benedek 1890
Einige experimentelle mykologische Fragen. Von Kadisch 1893
Über eine familiäre, lokale Lipoidose der Haut und der Schleimhäute. Von Kerl und Urbach 1895
Zur Berloque-Krankheit. Von E. Zurhelle 1895
Über zelluläre Abwehrvorgänge in der menschlichen Haut bei Superinfektion mit Tuberkulose. Von P. Wichmann 1897
Über Bucky-Grenzstrahlen in der Dermatologie. Von Levy 1903
Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Lues. Von E. Hoffmann . . . 1907
Über die Malariabehandlung der Frühlues. Von Kerl 1909
Liquorbefunde bei tertiärer Haut-Schleimhaut-Lues. Von L. Arzt 1915
Weitere Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung. Von W. Worms . . . 1916
Beiträge zur aktiven serologischen Untersuchung auf Lues, speziell nach der neuen Bruckschen Methode. Von Kadisch 1918
Ulcus vulvae chronicum und „Syphilome anorectal" in ihren Beziehungen zur Lymphogranulomatosis inguinalis. Von Frei und Koppel 1920
Zur Diagnose der Harnröhren- und Blasenmißbildungen. Von E. Langer 1921
Die Bekämpfung der Lepra. Von P. Unna jun. 1921
Die norddeutsche Pilzflora. Ergebnisse eigener Untersuchungen mit Bemerkungen über die Epidemiologie der Dermatomykosen speziell in Hamburg. Von C. L. Karrenberg 1927
Eine Ursache beim Baden entstehender Hautausschläge. Von Touton 1931
Zur Frage der Ätiologie des Angiokeratoma Mibelli. Von K. L. Golschmid . . 1937
Über atypisch lokalisierte Hauterkrankungen durch Epidermophyton inguinale Sabouraud. Von A. Matras 1959
Geschichtliche Beiträge zu dermatologischen Entdeckungen in Greifswald. Von W. Schönfeld 1961

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft 1033, 1842
Bulgarische Dermatologische Gesellschaft 1684
Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona 1245
Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, Hamburg 1928 1855
Wiener Dermatologische Gesellschaft 1327, 1452, 1809

Fachzeitschriften

Acta Dermatologica (Japan) 1649, 1971
Acta Dermato-Venereologica 1464, 1590
Actas Dermo-Sifiliograficas 1130, 1626, 1688
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1127, 1465, 1591, 1778, 1950

Digitized by Google

Seite

Annales des Maladies Vénériennes 1037, 1129, 1476, 1625, 1814, 1952
Archiv für Dermatologie und Syphilis 1062, 1251, 1745
Archives of Dermatology and Syphilology 954, 1089, 1306, 1333, 1775, 1844
Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia 1482
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 999, 1469, 1621
Ceská Dermatologie 1815
Dermatologia 1042, 1132, 1723, 1972
Dermatologische Zeitschrift 1164, 1189, 1305, 1587, 1944
Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia 1646
Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia 1038, 1480, 1690, 1717
Japanese Journal of Dermatology and Urology 1041
Il Dermosifilografo 1477
Journal d'Urologie 1067
Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Dermatology 1093, 1464, 1590, 1777, 1949
Réunion Dermatologique de Strasbourg 1467
Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie 1592, 1814, 1952
Russkij Westnik Dermatologii 1039, 1646, 1968
The American Journal of Syphilis 1336
The British Journal of Dermatology and Syphilis 957, 1335, 1587, 1846
The British Journal of Venereal Diseases 958, 1461, 1949
The Urologic and Cutaneous Review 959, 1066, 1090, 1462, 1588, 1686, 1847
Venerologia und Dermatologia (Moskau) 1039, 1647, 1968
Zeitschrift für Urologie 1306, 1774, 1947

Personalien: 974, 1018, 1074, 1102, 1146, 1202, 1314, 1562, 1606, 1634, 1702, 1730, 1830, 1974.

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 27 (Bd. 87) 7. Juli 1928

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin (Direktor: Geh.-Rat AUGUST BIER)

Beiträge zur Hefepilzerkrankung

Von

WILHELM RICHTER

I. Blastomykosen (BUSCHKE-BUSSE)

In der Humanmedizin hatte man bis 1884 bis zu der Veröffentlichung von BUSCHKE, der unabhängig von BUSSE bei einer eigenartigen Erkrankung am Unterschenkel, die später auch über andere Körperteile sich erstreckte, Hefepilze nachwies, von pathogenen Hefepilzen in dieser Form keine Kenntnis. Fast zu gleicher Zeit wurden auch in der amerikanischen Literatur von GILCHRIST aus Baltimore und RIXFORD aus San Francisco eigenartige Hauterkrankungen beschrieben in Gestalt kleiner Knötchen, die zunächst im Gesicht lokalisiert waren, später aber auch über größere Körperregionen sich erstreckten, zum Teil geschwürig zerfielen oder aber papillären Charakter annahmen. In den histologischen Präparaten fanden die Autoren Gebilde, die zunächst als Protozoen angesprochen wurden, später aber als Hefepilze erkannt wurden. BUSCHKE hatte bei der Nachforschung dieser Affektion diese Erreger unter Berücksichtigung der biologischen und morphologischen Unterschiede von seiner bisher gefundenen Hefepilzart als Oidiomyzeten bezeichnet.

Weiterhin hatte sich dann auch noch herausgestellt, daß die ursprünglich als Soormykose auf der Schleimhaut der Säuglinge bezeichnete Erkrankung eine Erweiterung erfuhr insofern, als auch bei anderen Erkrankungen unter den verschiedensten Symptomen diese Soorpilze in zahlreichen Variationen, auf die ich später zurückkomme, als Erreger nachgewiesen werden konnten. Bei genauer Sichtung des Materials in bezug auf Morphologie und Biologie stellte sich dann heraus, daß in einzelnen Fällen gegenüber den Blastomyzeten BUSSE-BUSCHKE und andererseits den Oidiomyzeten GILCHRIST Übergangsformen bestanden, die häufig wegen der Eingruppierung Schwierigkeiten machten. Aus diesem Grunde halte ich es für wichtig, auch die Soormykose bei der Besprechung der Hefeerkrankungen mit einzuordnen, zumal auch BUSCHKE, FABRY u. a. die ursprünglich als Soormykose zwischen dem Zeige- und Mittelfinger beschriebene Erkrankung neuerdings als oberflächliche Blastomykose auf Grund der genauen Untersuchung der Erreger eingruppierten.

Das wichtigste Charakteristikum der Sproßpilze oder Blastomyzeten, wie sie NAEGELI bezeichnet, ist ihre Knospung bzw. Sprossung im Gegensatz zu den Schizo-

Digitized by Google

myzeten oder Spaltpilzen, und der Mangel an reichlicher Bildung von Myzelfäden gegenüber den Hyphomyzeten oder Schimmelpilzen. Dazu kommt als besonders biologisches Merkmal für alle Hefepilze die intensive Vergärung von Traubenzucker. Durch die große Zahl von Veröffentlichungen von verschiedenen pathogenen Blastomyzetenarten war ein Chaos geschaffen, in das erst BRUMPT, GUIARTS, SARTORY und OTA System gebracht haben. Außerdem darf man Autoren, wie GOUGEROT, KOHL und LINDNER, nicht vergessen, die auf Grund mühevoller Arbeiten die Hefepilzfrage ventiliert haben.

Bei diesen Pilzarten handelt es sich um sogenannte asporogene Formen und die bisher in der Literatur beschriebenen Fälle, die ätiologisch als pathogene Hefepilzerkrankungen aufzufassen waren, konnten im allgemeinen in diese Gruppierung eingereiht werden. Mit der weiteren Forschung auf diesem Gebiet der pathogenen Pilzaffektionen stellte sich immer mehr heraus, daß auch sporenbildende Hefepilze pathogen sein können.

Es gibt zahlreiche Hefepilze, deren Fortpflanzung nur durch Sporenbildung erfolgt, ohne Geschlechtsform, und zwar derart, daß der Kern sich in eine Anzahl, gewöhnlich vier, isolierter Teile trennt, es sind aber auch bis zu acht von BEIZERINCK beschrieben worden. Diese Fragmente umgeben sich jedes für sich mit einer festen Membran, und indem sie immer weiter wachsen, entstehen neue Zellen mit isolierten Kernen.

Die Form der Sporen ist meist kugelig. Auf der anderen Seite ist von KLÖCKER als Debaryomyzes eine sporenbildende Pilzform beschrieben, die sich sexuell teils isogam, teils heterogam fortpflanzt. In diese Gruppe reiht auch BUSCHKE, durch die Untersuchungen von OTA bestärkt, die Erreger der früher als interdigitale Soormykose und Nagelmykose bezeichneten Erkrankungen ein. Man kann also diese Pilzgruppe als Übergang zwischen den eigentlichen Soorpilzen und Blastomyzeten bezeichnen und findet daraus erneut, daß in die große Gruppe der Hefepilze auch die Soorpilzerkrankungen mit einzurechnen sind, worauf ich vorher schon hingewiesen habe.

Das Hauptmerkmal der Blastomyzeten ist im allgemeinen die doppelte Lichtbrechung, die ungefähr der eines Fetttröpfchens entspricht und die hervorgerufen wird durch die die Hefezellen umgebende Membran, die je nach dem Alter der Zelle sich verdickt, um schließlich aufzuquellen und nach Ansicht BUSSES eine zweite teilweise geschichtete akzidentelle Membran zu bilden. BUSCHKE führt diese auf einen Degenerationsprozeß in der Membran selbst bzw. einen Reaktionsprozeß in dem umgebenden Gewebe zurück. Um sich ein Bild von der Fortpflanzung der Hefepilze machen zu können, sind am besten Untersuchungen im hängenden Tropfen anzustellen, in dem sich die verschiedenartigsten Entwicklungsphasen erkennen lassen, die zur Differenzierung der Hefepilzart wichtige Aufschlüsse geben. Man sieht bei einem Teil den Kern an der Zellwand lagern, dort zunächst einen Höcker verursachend — wie LINDNER treffend beschreibt, eine bruchsackähnliche Ausstülpung —, an anderen Stellen erkennt man stufenweise die allmählich fortschreitende Vergrößerung des Gebildes, bis Teilung eintritt. Nach der Teilung wächst die Zelle schnell bis zur Größe der Mutterzelle. Damit ist aber nicht gesagt, daß die Tochterzelle sich von der Mutterzelle trennen muß, sondern beide können von einer Membran umschlossen bleiben, so daß ein lockerer Zusammenhang bestehen bleibt = sogenannte Biskuitform. Diese letztere Fortpflanzung ist jedoch die seltenere; im allgemeinen trennt sich die Tochter- von der Mutterzelle, und es entsteht eine vollkommene Abschnürung. Die Tochterzelle ihrerseits pflanzt sich dann in derselben Weise fort, so daß man schließlich im Laufe der Zeit aus der ursprünglichen Zelle eine förmliche Kette von Hefepilzen entwickelt sieht, die alle selbständig einen Kern besitzen.

Bei Verdacht auf eine Hefepilzerkrankung ist besonders darauf zu achten, daß das Material steril entnommen wird, vor allem bei Abszessen. Das ist um so wichtiger, als bekanntlich auf der Haut und in der Umgebung zahllose saprophytische Hefepilze zu finden sind und somit die Klärung der Pathogenität der Erreger außerordentlich schwierig ist. Die Untersuchung findet am besten im hängenden Tropfen statt. Histologische Präparate geben ungefärbt nach vorheriger Aufhellung mit Natronlauge

Digitized by Google

die eindeutigsten Bilder. Im übrigen sind auch zahlreiche spezifische Färbungen beschrieben, auf die ich hier nicht näher eingehen kann.

Als weiteres Unterstützungsmittel zur Sicherung der Diagnose können dann noch die Kulturverfahren hinzugezogen werden, die an sich sehr einfach und nicht zeitraubend sind, da sich Hefepilze auf jedem Nährboden, am besten auf schwach saurem, züchten lassen. Sie wachsen entsprechend ihrer wechselvollen Morphologie und Biologie unter variabeln, aber doch charakteristischen Bildern. Die Kolonien sind teils rund, teils unregelmäßig, von verschiedener Farbe, teils matter, teils glänzender Oberfläche, fest haftend an der Unterfläche. Im Laufe der Zeit flacht die ursprünglich halbkugelige Form entsprechend der flächenhaften Ausdehnung mehr und mehr ab. Die Entwicklung ist von der Temperatur, wie BUSSE an seinen Versuchen hat feststellen können, bis zu 40° unabhängig, darüber hinaus sistiert sie. Beachtenswert ist differentialdiagnostisch die homogene Oberfläche gegenüber den Oidienkulturen, die eine netzförmige Konfiguration zeigen und oberflächlich grob oder auch fein gekörnt sein können. Es ist ferner zu beachten, daß in flüssigen Nährböden an der Berührungsstelle des Glases mit dem Nährboden sich feine Häutchen, sog. Kahmhäute, bilden, die je nach dem Sauerstoffbedürfnis der Pilze ausgebildet sind, was differentialdiagnostisch wiederum wichtig ist gegenüber den Oidien und Oidiomyzeten, bei denen diese in der Regel fehlen. Trotz aller dieser diagnostischen Hilfsmittel ist es häufig schwierig, die Hefepilze in die von OTA eingeführte Rubrizierung einzureihen. Unterstützend kommt dann weiter das verschiedene Vergärungsvermögen der einzelnen Hefepilzarten hinzu, doch ist auch dieses nicht eindeutig.

Nach BUCHNER wird die Vergärung durch die neben den protheolytischen und diastatischen Fermenten in den Hefepilzarten enthaltenen Zymasen verursacht. Auch die von MAGNUS, FRIEDENTHAL u. a. vorgenommenen Versuche, durch Präzipitation bzw. Agglutination die Hefeart zu bestimmen, sind nicht eindeutig zu verwerten.

Zur Klärung der Pathogenitätsfrage müssen weiterhin Tierimpfversuche nach den im allgemeinen üblichen Methoden herangezogen werden.

BUSSE gibt an, daß der von ihm gefundene Pilz für Laboratoriumstiere pathogen war, vor allem für Ratten, Mäuse, Meerschweinchen, weniger für Kaninchen, so daß die Tiere mehr oder weniger lange nach der Impfung eingingen. Er führt den Tod auf Erstickung zurück, weil große Mengen von Hefen in den Kreislauf verschleppt werden und hier eine Embolie hervorrufen.

Aber auch diese Impfresultate lassen nicht allein die Entscheidung der Pathogenität zu, da nach neueren Forschungen auch saprophytische Hefepilze tierpathogen sein können. Man muß also von Fall zu Fall unter Hinzuziehung aller Hilfsmittel, von denen auch die Autoinokulation sehr zu empfehlen ist, die Pathogenitätsfrage zu entscheiden suchen, das heißt, ob es sich in dem vorliegendem Falle um eine primäre Infektion mit Hefepilzen handelt oder um eine sekundär aufgepropfte Erkrankung auf einen in seiner Abwehr durch irgend welche anderen Ursachen geschwächten Organismus oder auf der anderen Seite um einen Zufallsbefund von Hefepilzen.

Seit der Veröffentlichung BUSCHKES und BUSSES sind zahlreiche kasuistische Mitteilungen in der Literatur über Hefepilzerkrankungen

Digitized by Google

erschienen. Einen weiteren hier einzureihenden Beitrag erlaube ich mir im folgenden zu geben.

August Sch., 62 Jahre alt, Landwirt. Familienanamnese o. B., Pat. selbst ist immer gesund gewesen. Vor 2 Jahren zeigte sich am Hals vor dem Kehlkopf eine Geschwulst, die operiert wurde. Jetzt wieder seit Anfang Juni ein Knoten am Hals, der sich allmählich immer mehr vergrößerte, so daß der Kranke sogar Atembeschwerden bekommen hat.

Befund: Kräftiger Mann mit gut durchbluteten Schleimhäuten, Puls 84, im übrigen o. B., Innere Organe o. B., Nervensystem o. B. Urin: Albumen und Saccharum negativ. Unterhalb des Kinns, auf den Hals übergreifend, eine etwa hühnereigroße, brettharte Geschwulst, von normaler Hautfarbe, gegen die Unterfläche nicht verschieblich; die Haut über der Geschwulst auch nicht verschieblich; im mittleren Teil der Geschwulst findet sich geringe Fluktuation. Es wurde an Aktinomykose gedacht. Die Probepunktion ergab zähschleimigen Inhalt; im hängenden Tropfen sah man zahlreiche, doppeltkonturierte, etwa 6 μ große, teils runde, teils ovale Gebilde, die z. T. zur Sprossung neigten; an einzelnen Stellen fanden sich drei derartige Gebilde hintereinandergereiht. Myzel konnte nicht nachgewiesen werden. Die unter Einfluß von 37° stehende Kultur wurde von Stunde zu Stunde beobachtet. Man konnte sehen, wie sich die Zahl der Sprossungsreihen vergrößerte, und sah weiterhin nebeneinander die verschiedensten Entwicklungsphasen, zunächst Ausstülpung, die dann mehr und mehr wuchs, bis bei gleicher Größe mit der ursprünglichen Zelle Trennung eintrat und somit 2 Zellen entstanden. Diese Sprossungsreihen hatten sich in der Zahl bis zu 10 innerhalb von 36 Stunden entwickelt.

Probeexzision wurde vom Patienten verweigert. Mit der Punktionsflüssigkeit wurden dann weiterhin Agar-, Maltose-Agar- und Bouillonkulturen beschickt. An der Bouillonkultur fiel vor allem auf, daß schon nach 6 Stunden sich eine Kahmhaut entwickelt hatte, und wie sich bei mikroskopischer Untersuchung herausstellte, handelte es sich hier um Sproßpilze von der oben angeführten Form. Bei den Kulturen auf Maltose-Agar und Agar zeigten sich Kreise von einem Durchmesser von etwa 0,5—0,75 cm, zum Teil auch noch größer, von glänzender Oberfläche, grauweiß verfärbt, glattem, teils eingekerbtem Rand, während in der Mitte etwa $^1/_3$ von dem gesamten Durchmesser grobe Körnelung bestand. Zwischen der Kultur auf Maltose-Agar und Agar fand sich nur ein gradueller Unterschied, und zwar zeigte sich nach 24 Stunden bei der Maltose-Agarkultur ein Kulturdurchmesser von 1—1,5 cm. Morphologisch waren beide Kulturen gleichwertig. Außerdem bestand bei der Maltose-Agarkultur geringe Neigung zur Verflüssigung. Tiefenwachstum war bei beiden Kulturen nicht zu beobachten, die Kolonien lagen oberflächlich fest auf. Bei einer Beobachtungszeit von 2 Monaten zeigte sich bei keiner der Kulturen eine Anreicherung mit Luftmyzel, auch blieben die einzelnen Kulturherde bei der vorher angegebenen Größe stehen. Untersuchungen im hängenden Tropfen ergaben dieselben Befunde, wie sie uns die Punktionsflüssigkeit aus dem erweichten Knoten gegeben hatte. Vergärungsversuche fielen positiv aus. Mit dieser Kultur wurden dann Tierimpfversuche in größerem Umfange angestellt.

2 Ratten wurden intravenös geimpft, d. h. es wurde je 1 ccm Aufschwemmung der Pilze in physiologischer Kochsalzlösung in die Schwanzvene injiziert. Beide Tiere gingen in den ersten 24 Stunden ein; die Sektion ergab keine pathologischen Veränderungen.

Subkutane Injektion von 0,5 ccm der Pilzaufschwemmung bei 2 Ratten ergab bei beiden infiltrative Prozesse, die nach 36 Stunden erweichten und sich immer mehr vergrößerten. Nach 3 Tagen war das eine Tier verendet. An der Impfstelle

Digitized by Google

zeigte sich eine bohnengroße Infiltration, die in der Mitte fluktuierte. Das Punktat ergab zähschleimigen Inhalt, aus dem im hängenden Tropfen Hefepilze von der Struktur des Ausgangsmaterials festgestellt werden konnten. Die Sektion ergab in der Leber und in den Lungen kleine, stecknadelspitzengroße, weißliche Herde, die histologisch aus Hefepilzen mit kleinzelliger Infiltration bestanden. Die Untersuchungen auf Hefepilze wurden im frischen Präparat nach vorheriger Aufhellung mit Kalilauge angestellt. Überimpfung dieses Materials auf Agar zeigte auch kulturell völlig wesensgleiche Bilder. Bei Tier 2 zeigte sich schon am 4. Tage Durchbruch des Abszesses. An diesem Tage wurde dann weiterhin ein Komplementbindungsversuch angestellt, der positiv verlief. Er wurde in folgender Weise ausgeführt:

Material: 1. Zu untersuchendes Serum. Verdünnung 1:5, inaktiviert.
2. Extrakt. Alkohol. Blastomyzetenabschwemmung.
3. Merschweinchenkomplement. 1:10.
4. Hammelblut. 1:30.
5. Ambozeptor. Mit Hammelblut vorbehandeltes Kaninchenserum. Inaktiviert.

Versuchsanordnung: ½ ccm Serum 1:5 + ½ ccm Extrakt 1:3, ½ ccm Komplement 1:10. 1 Stunde Brutschrank.

Dann 1 ccm Ambozeptor Hammelblut gemischt zugesetzt und 30 Minuten Brutschrank.

Am 6. Tage wurde das Tier im Stall verendet vorgefunden. An der Impfstelle zeigte sich eine etwa linsengroße Ulzeration, die kraterförmig in die Tiefe ging. Aus dem Sekret gelang der Nachweis von Hefepilzen nicht, dagegen konnten dieselben im Schnittpräparat nach vorheriger Aufhellung mit Kalilauge nachgewiesen werden. Von dem Sekret wurden Kulturen angelegt, die aber trotz mehrfacher Überimpfung immer wieder nur Staphylokokken ergaben. Bei der Sektion des Tieres zeigten sich im übrigen keine pathologischen Veränderungen.

Weiterhin wurden zwei Ratten subkutan mit je 0,5 ccm der Aufschwemmung geimpft.

Es zeigte sich nach 24 Stunden eine deutliche Infiltration, die am 3. Tage bei beiden Tieren zur Erweichung kam. Das eine Tier verendete am 6. Tage; die Sektion ergab in den Nieren kleine weißliche Herde, während in den Lungen und in der Leber keine Veränderungen festgestellt werden konnten. Bei der zweiten Ratte kam es zur Abszeßbildung. Am 8 Tage zeigte sich ein kraterförmiges Geschwür mit steilen Rändern und schmierig belegtem Grunde. Mikroskopische Untersuchung dieses Belages ergab Staphylokokken, aber keine Anhaltspunkte für Hefepilze. Das Tier verendete am 13. Tage; die Sektion ergab starke Veränderungen beider Lungen mit zahlreichen kleinen, weißlichen Infiltraten, vor allem in beiden Lungenspitzen, während in den anderen Organen keine pathologischen Veränderungen nachgewiesen werden konnten. Mikroskopisch handelte es sich um Hefepilze innerhalb eines Granulationsgewebes. Am 4. Tage waren bei beiden Tieren Komplementbindungsversuche nach der oben angegebenen Anordnung mit positivem Resultat vorgenommen worden.

Zwei weitere Ratten wurden intramuskulär geimpft.

Auch hier zeigte sich nach 2 Tagen eine Vergrößerung der Infiltration, die von Tag zu Tag weiter zunahm, aber keine Neigung zu Zerfall oder Erweichung feststellen ließ. Vom 8. Tage an bei der einen Ratte und vom 11. Tage an bei der anderen Ratte zeigte sich ein Stehenbleiben des Prozesses und im Anschluß daran eine Rückbildung. Bei der einen Ratte wurde der Knoten exzidiert und das Tier nach exakter Vernähung am Leben gelassen, es verendete aber 3 Tage später. Hier stellten sich bei der Sektion starke Veränderungen in der Lunge und Leber und vereinzelte Knötchen in beiden Nieren heraus. Mikroskopische Untersuchung dieser Präparate bei genauester Beobachtung, daß diese pathologischen Herde in die Schnittrichtung fielen, ergaben im Färbepräparat Granulationsgewebe, z. T. auch kleinzellige Infiltration; im frischen Präparat konnten nur vereinzelt hefepilzverdächtige Gebilde nachgewiesen werden. Bei Tier 2 zeigte sich die Neigung zur Rückbildung des Knotens von Tag zu Tag mehr; am 22. Tage war bei genauester Betrachtung nur ein ganz minimaler Herd feststellbar. Das Tier wurde nicht getötet.

Digitized by Google

Die gleichen Versuche, die mit Ratten angestellt waren, wurden auch mit Meerschweinchen vorgenommen. Dabei zeigten sich folgende Befunde:

Meerschweinchen 1: 1 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Nach 24 Stunden zeigte sich an der Injektionsstelle deutliche Infiltration, die von Tag zu Tag größer wurde. Am 4. Tage war eine Blutkultur von dem Tiere angesetzt worden, die ein positives Resultat ergab. Komplementbindungsversuche fielen positiv aus. Die Infiltrationsprozesse zeigten keine Neigung zur Erweichung. Am 6. Tage war das Tier verendet und zeigte bei der Sektion vereinzelte grauweiße Einlagerungen in den beiden Lungenspitzen, im übrigen keine makroskopisch nachweisbaren Veränderungen. Histopathologisch zeigten diese Herde kleinzellige Infiltration, und im frischen Präparat konnte man nach vorheriger Aufhellung des Gewebes mit Kalilauge Hefepilze nachweisen. Untersuchung des exzidierten Infiltrationsherdes ergab kleinzellige Infiltration mit Hefepilzeinlagerung.

Meerschweinchen 2: 0,5 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Nach 24 Stunden zeigte sich an der Stelle der Injektion eine derbe Infiltration, die in der Mitte Fluktuation aufwies. Tags darauf war die Fluktuationsstelle perforiert. Die Ränder der Ulzeration waren unterminiert, der Grund schmierig belegt. Der Komplementbindungsversuch fiel positiv, Blutkulturen dagegen negativ aus. Am 7. Tage wurde das Tier morgens im Stall verendet aufgefunden. Die Sektion ergab Veränderungen in der Leber und in den beiden Lungenspitzen in Gestalt von zahlreichen, kleinen, weißlichen Infiltrationsherden, bei denen histopathologisch Hefen innerhalb von Granulationsgewebe nachgewiesen werden konnten. Vereinzelte Herde fanden sich auch in den Lungenflügeln. Dagegen waren in den anderen Organen keine pathologischen Veränderungen nachzuweisen.

Meerschweinchen 3: 1 ccm Pilzaufschwemmung intrakutan. Nach 24 Stunden zeigte sich an der Impfstelle eine Ulzeration, gelblich-weiß belegt, oberflächlich, mit flachen Rändern. Tags darauf wurde das Tier verendet vorgefunden; die Sektion ergab in den Lungen, der Leber, und vereinzelt in der Nierenrinde weiße Knötchen. Im übrigen waren keine pathologischen Veränderungen nachweisbar. Histologisch zeigten sich bei sämtlichen derart gestalteten Veränderungen Hefepilzanhäufungen in Form von kleinen runden bis ovalen Gebilden, bis zu 6 μ groß, innerhalb von kleinzelliger Infiltration. Die Hefepilze wurden am besten im frischen Präparat nach vorheriger Aufhellung mit Kalilauge nachgewiesen. Ein Komplementbindungsversuch hatte positives Ergebnis.

Meerschweinchen 4: 1 ccm Pilzaufschwemmung intrakutan. Das Tier wurde am nächsten Tage verendet vorgefunden. An der Impfstelle zeigte sich eine kleine Infiltration. Im übrigen ergab die Sektion keine pathologischen Veränderungen.

Meerschweinchen 5: 2 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär. In der Impfstelle zeigte sich 24 Stunden später ein Knoten, der sich im Laufe der Zeit immer mehr vergrößerte. Subjektiv war dem Tier keine ernste Veränderung nachzuweisen. Am 6. Tage war der gesamte Oberschenkel derb infiltriert. Am 8. Tage wurde das Tier verendet vorgefunden. Die Impfstelle wurde exzidiert und ergab makroskopisch beim Durchschnitt eine speckige, grauweiße Veränderung von derber Konsistenz und stumpfer Oberfläche. Im übrigen fanden sich bei der Sektion in beiden Lungen zahlreiche kleine weißliche Knötchen; vor allem war in der Umgebung des Hilus die Zahl der Knötchen ganz erheblich. Weiterhin zeigten sich auch Veränderungen dieser Art in der Leber und in der Niere, hier besonders in der Gegend der Glomeruli. Histologisch konnte bei dem Präparat aus der Lunge ein Durchbrechen des Krankheitsherdes in einen Bronchus festgestellt werden. Bei der histologischen Untersuchung der Präparate aus den anderen Organen wurden Hefepilze innerhalb eines Granulationsgewebes nachgewiesen. Der Komplementbindungsversuch fiel positiv aus.

Meerschweinchen 6: 4 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär. Das Tier wurde am nächsten Tage verendet vorgefunden. An der Injektionsstelle zeigte sich Infiltration, im übrigen konnte kein pathologischer Befund erhoben werden. Probeexzision aus der Injektionsstelle ergab kleinzellige Infiltration mit dazwischengelagerten Hefepilzen.

Digitized by Google

Wie an Ratten und Meerschweinchen wurden diese Pathogenitätsprüfungen auch an Kaninchen vorgenommen.

Kaninchen 1: 2 ccm Pilzaufschwemmung intravenös in die äußere Ohrvene. Bei einer Beobachtungszeit von 24 Tagen konnten keine Veränderungen nachgewiesen werden.

Kaninchen 2: 5 ccm Pilzaufschwemmung intravenös. Auch bei diesem Tiere konnten bei einer Beobachtungszeit von 28 Tagen keine Veränderungen festgestellt werden. Der Tierwärter gab nur an, daß beide Tiere kurze Zeit nach der Injektion sehr unruhig waren, am Tage selbst wohl auch nichts mehr gefressen hätten, dagegen hätte er sie am nächsten Morgen in bestem Zustande vorgefunden.

Kaninchen 3: Subkutane Injektion von 2 ccm Pilzaufschwemmung ergab nach 48 Stunden eine Infiltration, die sich allmählich vergrößerte, nach 4 Tagen fluktuierte und am 5. Tage als Ulzeration mit steilen, infiltrierten Rändern und schmierig belegtem Grund erschien. Untersuchungen der Absonderung aus der Ulzeration mikroskopisch, wie auch kulturelle Überimpfungen fielen negativ aus, ein Komplementbindungsversuch dagegen positiv. Vom 10. Tage ab fing die Ulzeration an, sich zu reinigen und war am 18. Tage bis auf einen kleinen Rest geheilt. An dem Tiere war sonst nichts Pathologisches nachzuweisen. Es wurde nicht getötet. In Abständen von 5 Tagen wurden aus dem Blute Kulturen angelegt, deren Resultat negativ war.

Kaninchen 4: 2 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Das Tier zeigte einen stecknadelkopfgroßen, infiltrierten Herd nach 24 Stunden, der nach 3 Tagen völlig resorbiert war. Sonst waren keine pathologischen Veränderungen nachzuweisen. Das Tier wurde 4 Wochen beobachtet und dann getötet. Die Sektion ergab keine pathologischen Veränderungen.

Kaninchen 5: 2 ccm Pilzaufschwemmung intrakutan. Nach 24 Stunden zeigte sich in ungefähr Markstückgröße um den geimpften Herd herum eine scharf abgeschnittene Rötung mit einer darunterliegenden Infiltration. In den nächsten 24 Stunden schritt der Herd am Rande weiter fort. Ebenso schien die Infiltration sich zu vergrößern. Nach weiteren 24 Stunden zeigte sich deutliche Fluktuation. Die Punktion des Abszesses ergab zähschleimige, etwas gelblich gefärbte Flüssigkeit, die bei mikroskopischer Betrachtung im hängenden Tropfen zahlreiche Hefepilzsproßanlagen ohne Myzel ergab und aus der Kulturen auf Agar und Maltose-Agar angesetzt wurden, die dieselben Resultate aufwiesen wie die Ausgangskulturen, d. h. es zeigten sich nach 24 Stunden kleine, halbkugelige Gebilde, deren Oberfläche glatt war, die sich dann im Laufe der nächsten 24 Stunden flächenhaft unter Einbuße der Halbkugelgestalt ausdehnten und sich bis zur Größe von Kreisen von einem Durchmesser von 0,5 bis 0,75 cm weiter ausbreiteten, um auf dieser Entwicklungsstufe endgültig stehen zu bleiben. In der Mitte der Herde zeigten sich körnige Auflagerungen, während die Randfläche von etwa 0,4 cm Durchmesser glatte Oberfläche zeigte, dagegen an der Randlinie z. T. ausgezackt war. 24 Stunden nach der Punktion des Abszesses fanden wir an der Impfstelle eine tiefgehende Ulzeration mit starker Absonderung. In den nächsten Tagen fing dann der Herd an sich zu reinigen; die Infiltration wurde von Tag zu Tag mehr resorbiert. Am 18. Tage war der Prozeß zur Abheilung gekommen. Das Tier wurde nicht getötet. Ein Komplementbindungsversuch am 6. Tage war positiv.

Kaninchen 6: 2 ccm Pilzaufschwemmung intrakutan. Nach 24 Stunden zeigte sich an der Stelle der Impfung eine minimal gerötete Stelle mit darunterliegender geringer Infiltration. Am nächsten Tage war die Erscheinung zurückgebildet, und nach weiteren 24 Stunden konnte man von der Injektion nichts mehr feststellen. Das Tier wurde einen Monat beobachtet und zeigte keine Veränderungen. Blutkulturen, die in Abständen von 4 Tagen angelegt wurden, ergaben stets negatives Resultat. Ein Komplementbindungsversuch am 5. Tage fiel dagegen positiv aus.

Kaninchen 7: 4 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär. Am folgenden Tage zeigte sich der Oberschenkel derb infiltriert. Bei der Beobachtung konnte in den nächsten Tagen keine merkliche Veränderung festgestellt werden, obgleich es schien, als ob die Infiltration weiter fortgeschritten sei. Am 10. Tage zeigte sich genau

Digitized by Google

derselbe Befund, am 16. Tage hatte es den Anschein, als ob die Infiltration resorbiert würde, am 18. Tage wurde das Tier getötet, der Infiltrationsprozeß exzidiert. Bei der Sektion ergaben sich in der Leber und in der Lunge, und zwar vor allem in beiden Lungenspitzen und in der Umgebung der Hilusdrüsen, vereinzelte, kleine bis linsengroße, grauweiße, infiltrierte Herde, die im Querschnitt glanzlos erschienen und die Konsistenz von hartgekochtem Ei hatten. Histopathologisch zeigte sich in dem exzidierten Oberschenkelknoten Granulationsgewebe; Hefepilze konnten nicht nachgewiesen werden. Ebensowenig gelang der Hefepilznachweis aus den Schnittpräparaten der Leber, die im übrigen Granulationsgewebe zeigten. Auch ergaben Blutkulturen, die häufiger vorgenommen wurden, stets ein negatives Resultat; dagegen fiel der Komplementbindungsversuch positiv aus.

Kaninchen 8: 4 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär. Am folgenden Tage fühlte man an der Injektionsstelle eine Infiltration von etwa Taubeneigröße. Bei der genauen Beobachtung an den folgenden Tagen zeigte sich ein Rückgang dieses Infiltrationsprozesses; am 16. Tage war nur noch ein ganz kleiner, etwa linsengroßer Infiltrationsherd nachweisbar. Am 21. Tage zeigten sich keine pathologischen Veränderungen mehr; das Tier wurde nicht getötet. Ein am 8. Tage vorgenommener Komplementbindungsversuch ergab ein positives Resultat; dagegen fielen Blutkulturen negativ aus.

Zusammenfassend handelte es sich also in diesem Falle um eine Blastomykose vom Typus BUSSE-BUSCHKE, die Tierpathogenität für sämtliche Laboratoriumstiere, besonders aber für Meerschweinchen ergab.

Dieses letztere veranlaßte mich dann, auch biologische Untersuchungen der Wirksamkeit der Reizkörpertherapie in bezug auf die Leukozytenschwankung unter Berücksichtigung der verschiedensten Applikationsmethoden anzustellen, und zwar war die Versuchsanordnung folgende:

Die Tiere wurden mit Blastomyzetenaufschwemmung subkutan geimpft, nach 2—3 Tagen Komplementbindungsversuche nach der oben angegebenen Art vorgenommen neben genauester Beobachtung der Kontrollversuche, und dann eine größere Anzahl von Tieren auf folgende Weise geimpft:

Es wurden zunächst 4 Quaddeln einer 5%igen Yatrenlösung auf die Rückenhaut des Tieres gesetzt, wobei sich folgende Befunde ergaben:

	I	II	III	IV	V	VI	Kontrolle
Ausgang	7600	7200	8000	7600	7200	6800	8400
	7800	7400	7800	7500	7500	7000	8200
Nach 5 Minuten .	6800	5800	6600	5800	6800	6500	8200
	6700	5600	6500	6000	7000	6400	8000
Nach 10 Minuten	7200	6200	7200	6400	7200	7200	7800
	7300	6100	7300	6500	7400	7400	7900
Nach 20 Minuten	7600	7000	7800	7600	7600	7400	7800
	7800	6800	7900	7800	7800	7300	7700
Nach 30 Minuten	8200	8000	8600	13500	8900	8400	7900
	7800	8400	8400	13200	9100	8200	7800
Nach 1 Stunde .	15200	10200	9600	14400	10500	9400	7600
	15400	10100	9400	14600	10400	9100	7500
Nach $1^1/_2$ Stunde	26400	12200	10200	18200	12200	8800	7400
	26400	12400	10600	18000	12100	8600	7600
Nach 2 Stunden .	18500	28200	12400	21200	15200	9800	7800
	18200	28600	12200	21000	15100	10200	8000
Nach $2^1/_2$ Stunden	17200	30100	16800	16700	13200	9400	8000
	17100	30300	16400	16500	13400	9200	9800
Nach 3 Stunden .	18400	26000	15300	14200	11200	8200	7800
	18200	25800	15100	14100	11400	8000	7600

Digitized by Google

Es wurden dann weiterhin Tiere perkutan mit Yatrenpulver behandelt, und zwar wurde das Yatren ungefähr 5 Minuten lang in die Rückenhaut eingerieben. Dabei ergaben sich folgende Befunde:

	I	II	III	IV	V	Kontrolle
Ausgang	6400	7600	9200	8500	7200	6800
	6300	7400	9300	8400	7300	6900
Nach 5 Minuten .	8200	9200	8400	11300	8200	6600
	7100	9400	8600	11400	8300	6500
Nach 20 Minuten	9300	11300	12800	12600	11300	6700
	9400	11500	12600	12500	11500	6800
Nach 30 Minuten	12200	13200	15200	14200	14200	6600
	12400	13100	15400	14300	14400	6800
Nach 1 Stunde .	14800	15200	18200	17300	16800	6900
	14900	15300	18000	17200	16700	6800
Nach 1½ Stunde	16100	16800	19100	15300	19200	6700
	16300	17000	19300	15400	19400	6600
Nach 2 Stunden .	17200	19200	21200	18600	21600	6400
	17300	19100	21400	18700	21400	6500
Nach 2½ Stunden	19300	15000	19800	21300	17500	6700
	19100	15200	19700	21500	17300	6600
Nach 3 Stunden .	16800	17200	16800	19400	15300	6800
	16600	17200	16600	19200	15300	6700

Ferner wurden Tiere mit Injektion von 1 ccm einer 5%igen Yatrenlösung subkutan behandelt. Die Ergebnisse waren wie folgt:

	I	II	III	IV	V	Kontrolle
Ausgang	12000	7000	8500	10000	9500	7400
	12000	6900	8500	10200	9400	7400
Nach 5 Minuten .	19500	12200	16000	14200	13200	7500
	19700	12300	15900	14300	13300	7400
Nach 20 Minuten	21400	18400	19500	18200	17400	7500
	21000	18300	19500	18300	17400	7400
Nach 30 Minuten	22200	20100	20500	23200	22200	7400
	24400	20100	20600	23300	22300	7400
Nach 1 Stunde .	23200	22200	23200	27200	28200	7600
	23300	22100	23200	27100	28100	7500
Nach 1½ Stunde	21500	18400	20200	23200	23600	7500
	21600	18300	20200	23100	23500	7400
Nach 2 Stunden .	20700	14000	16100	20100	19400	7300
	20600	14000	16400	20100	19300	7400
Nach 2½ Stunden	17800	11200	13200	16200	15100	7400
	17800	11100	13100	16300	15200	7400
Nach 3 Stunden .	13200	8200	9300	14100	11800	7500
	13200	8200	9400	14200	11700	7400

Endlich wurde noch 1 ccm einer 5%igen Yatrenlösung intramuskulär injiziert mit folgenden Ergebnissen:

Digitized by Google

	I	II	III	IV	V	Kontrolle
Ausgang	7400	6800	8400	7800	9400	7800
	7200	6600	8200	7600	9300	7700
Nach 5 Minuten .	9800	11200	12300	12200	13100	7900
	9700	11100	12400	12400	13400	7800
Nach 20 Minuten	13400	14200	13800	14800	14600	8100
	13200	14300	13600	14700	14400	8000
Nach 30 Minuten	15200	17400	16200	18200	17200	7700
	15400	17200	16100	18300	17300	7800
Nach 1 Stunde .	18100	21400	17400	21400	19600	7600
	18200	21300	17200	21500	10400	7700
Nach $1^1/_2$ Stunde	24200	18200	15400	18400	22200	7800
	24100	18100	15600	18200	22100	7700
Nach 2 Stunden .	20200	16200	14100	16400	18400	7900
	20100	16200	14000	16500	18200	7800
Nach $2^1/_2$ Stunden	28200	18600	13400	14300	17500	7600
	28100	18400	13200	14500	17000	7700
Nach 3 Stunden .	19800	17400	11800	12800	15200	7800
	19700	17400	11700	12600	15100	7900

Bei sämtlichen Tieren, bei denen diese Versuche vorgenommen wurden, war der vorher angestellte Komplementbindungsversuch positiv ausgefallen. Es war außerdem darauf geachtet worden, daß die Tiere 3 Stunden vor der Behandlung zum letzten Male gefüttert wurden.

Wegen der eindeutigen Pathogenität der von uns gefundenen Hefepilzart bei Meerschweinchen habe ich diese biologischen Untersuchungen durchgeführt und komme zu der epikritischen Betrachtung der ebenso wichtigen wie interessanten Beobachtungen im Anschluß an diesbezügliche Untersuchungen bei einem zweiten, von uns beobachteten Falle im Zusammenhang zurück.

Ich möchte dann noch eine Versuchsanordnung erwähnen, die ich angestellt hatte, um die allergischen Vorgänge in der Haut des Tieres zu beobachten, nachdem dasselbe stufenweise von Tag zu Tag durch Impfungen mit kleinen Dosen in der Abwehr so gestärkt war, daß eine Dosis, die sich sonst als letal erwiesen hätte, gut vertragen wurde.

Es wurden im ganzen 4 Meerschweinchen in dieser Weise behandelt, und zwar wurden injiziert: am 1. Tage 0,01 ccm einer Hefepilzaufschwemmung, am 2. Tage 0,02 ccm, am 3. Tage 0,03 ccm, am 4. Tage 0,04 ccm, am 5. Tage 0,1 ccm, am 6. Tage 0,1 ccm. Am 10. Tage wurde bei jedem Tiere der Komplementbindungsversuch angesetzt, der positiv ausfiel. Im Anschluß hieran wurden dann 5 ccm der Hefepilzaufschwemmung intramuskulär injiziert mit dem Ergebnis, daß am darauffolgenden Tage wohl eine Infiltration an der Injektionsstelle festzustellen war, daß sich diese aber bei sämtlichen Tieren in den nächsten Tagen völlig zurückbildete, so daß spätestens 8 Tage nach der Injektion keine Veränderung mehr an der Injektionsstelle feststellbar war. Alle Tiere wurden 2 Monate lang beobachtet und haben in dieser Zeit keine pathologischen Veränderungen gezeigt.

Digitized by Google

LIBRARY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORY

Aus der dermatologischen Abteilung des Militärhospitals in Magelang (Java)

Ein Fall von Acanthosis nigricans

Von

H. J. Polak, Chefarzt

Nachdem im Jahre 1890 Pollitzer das Krankheitsbild der Acanthosis nigricans genau umschrieben hatte, erschienen auch von Darier Veröffentlichungen über diese Krankheit, worin durch diesen Autor auf den Zusammenhang zwischen Acanthosis nigricans und abdominalen bösartigen Tumoren gewiesen wurde. Allmählich wurden auch von anderer Seite Fälle gemeldet, bei denen jedoch nicht beständig maligne Tumoren gefunden werden konnten. So sollen z. B. nach Kuttner, der die Literatur über dieses Thema studierte, 49 Fälle mit sicheren oder wahrscheinlich konstatierten Neoplasmen ungefähr 59 Fälle ohne Verbindung mit bösartigen Geschwülsten gegenüberstehen.

Am häufigsten fehlten Bauchtumoren in denjenigen Fällen, die schon in der Jugend Erscheinungen von Acanthosis nigricans zeigten, und wahrscheinlich ist dieser Umstand die Ursache geworden, daß von einer juvenilen oder benignen Form von Acanthosis nigricans gesprochen wurde, im Gegensatz zu denjenigen Fällen, bei denen erst im fortgeschrittenen Alter die Symptome sich offenbarten. Daß jedoch die nicht mit Karzinom zusammenhängenden Fälle nicht ausschließlich bei jugendlichen Personen gefunden werden, lehren verschiedene im Laufe der Zeit erschienene Veröffentlichungen (Balassa, Brezowsky, Archambault, Ogine, Soetomo, Haxthausen, Lubie). Stevens erwähnt einen Fall, der nach einem Psoasabszeß bei einer 36jähr. Frau in Erscheinung trat.

Hinsichtlich der Ätiologie der Acanthosis nigricans tastet man noch ganz und gar im Dunkeln. Manche Autoren erachten einen Zusammenhang mit dem abdominalen Sympathikussystem am wahrscheinlichsten und vermuten, daß durch Druck der Bauchtumoren Störungen in der normalen Funktion des Bauchsympathikus entstehen, die eine Pigmentierung veranlassen. Auch hält man es nicht für unmöglich, daß die malignen Tumoren Toxine produzieren, die entweder direkt auf den Pigmentapparat der Haut einwirken, oder indirekt durch Schädigung anderer mit der Haut in Beziehung stehender endokriner Organe die Veränderungen in der Haut veranlassen. Für diese Auffassung spricht unter anderem auch die Beobachtung Spietschkas, daß nach Exstirpation eines Deciduoma malignum die Hautanomalie verschwand. Sehr interessant ist ferner in dieser Beziehung die Mitteilung Hodaras, daß nach Entfernung einer karzinomatösen Mamma die Hyperpigmentation verschwand. Flaskamp hält die Acanthosis nigricans für einen sekundären Symptomenkomplex der Karzinomkrankheit, für eine neoplasmogene Dermatose.

Es versteht sich, daß alle diese Auffassungen nur gelten können für diejenigen Fälle, in denen tatsächlich Tumoren bestanden, daß sie uns jedoch im Stiche lassen bei der Erklärung der ohne Begleitung von Neo-

Digitized by Google

plasmen entstehenden Formen. Sehr wahrscheinlich spielen hier endokrine Störungen eine Rolle, besonders auch in solchen Fällen, bei welchen psychische Störungen gefunden werden (Benedek, Csörsz, Goldbladt, Balizkaja u. a.).

Von einigen Autoren (Wern. Jadassohn, Miescher, Bernhardt u. a.) wurde ein familiäres Auftreten der Acanthosis nigricans beobachtet. Schließlich sei hier noch erwähnt, daß uns die Statistik der publizierten Fälle lehrt, daß Acanthosis nigricans öfter bei Frauen als bei Männern vorkommen soll.

Eigene Beobachtung. Der von mir beobachtete Fall betrifft einen Eingeborenen Kartodikromo, ungefähr 53 Jahre alt. Patient wurde mir von einem Kollegen zugesandt, weil der Mann an einer eigenartigen Hautkrankheit leiden sollte. Patient ist ein anämischer Mann mit normal entwickeltem Muskel- und Knochensystem. Der Nahrungszustand ist mäßig gut. Patient macht keinen kranken Eindruck; Geisteszustand normal, keine Sinnesabweichungen. Es besteht keine allgemeine Drüsenschwellung. Herz und Lungen ohne Besonderheit, Puls normal, Leber und Milz nicht vergrößert, Blutdruck normal; Urin und Fäzes nichts Besonderes. Die WR und SGR sind negativ. Einige verdächtige Framboësienarben an den Beinen. Hämoglobin 50%. Das Blutbild zeigte außer einer Verminderung der roten Blutkörperchen eine geringe Eosinophile. Subjektiv keine Klagen.

Die Haut des Patienten wies folgende Eigentümlichkeit auf:

In der linken Axilla, um die Mammilla und den Nabel, über den größten Teil der Brust und des Rückens, ferner in der Inguinalgegend ist die Hautfarbe ganz anders beschaffen als an den übrigen Stellen des Körpers. Während nämlich die normale Farbe hellbraun ist, zeigen die genannten Teile einen schwarzen, wie mit schwarzer Tinte gefärbten Teint. Obendrein ist die Haut der dunkel gefärbten Teile lederartig verdickt und rauh und zeigt hier und da unregelmäßig verbreitet kleine warzige Exkreszenzen; sie verrät eine starke Lichenifikation, wodurch ihre Zeichnung deutlich hervortritt. Die Affektion zeigt keine Schuppung und verursacht kein Jucken. Auf den dunkel gefärbten Teilen sind die Haare gänzlich ausgefallen. Ebenfalls ist ein leichtes Ausfallen des schon grauen Haares am Kopfe bemerkbar. Handflächen und Fußsohlen sind normal. An den Nägeln beider Hände sehen wir der Länge nach eine streifige Faserung, während die Nägel des zweiten und dritten Fingers verdickt und krumm wie bei Onychogryphosis sind. Die Nägel splitterten namentlich der Länge nach.

Wiederholte Untersuchung auf Pilze war negativ. Die Schleimhaut der Unterlippe zeigte einige Pigmentflecken, eine Erscheinung, die man bei Eingeborenen öfter antrifft, ohne daß dies irgendwie krankhaft zu sein braucht, und der man deshalb in diesem Falle, nach meiner Meinung, keinen großen Wert beizulegen braucht.

Anamnestisch stellte sich heraus, daß Patient diese Hautaffektion schon ungefähr neun Monate haben will. Die schwarze Färbung soll in der linken Axilla angefangen und sich allmählich über Brust und Rücken ausgebreitet haben; die Flecken in der Inguinalgegend sind einzeln entstanden. Patient hat keine Beschwerden; Klagen über den Bauch, die die Anwesenheit von Tumoren deuten könnten, hat er nicht. Weder klinisch noch röntgenologisch konnte ein abdominaler Tumor diagnostiziert werden.

Aus der Anamnese war nichts über Syphilis zu erfahren.

Die mikroskopisch-histologische Untersuchung ergab eine sehr deutliche Hyperkeratose und eine Verbreiterung auch der übrigen Lagen der Epidermis. Die Papillen sind hypertrophisch, zwischen Stratum papillare und reticulare liegen sehr viele große pigmenthaltige Zellen.

Wenn wir jetzt zur Beantwortung der Frage, ob wir hier tatsächlich einen Fall von Acanthosis nigricans vor uns haben, uns alle Krankheiten ins Gedächtnis zurückrufen, die Hyperpigmentation herbeiführen, dann müssen wir zunächst an die Addisonsche Krankheit denken. Diese kann hier jedoch sofort ausgeschaltet werden, da wir bei Addison selten außer der Melanose ein Auftreten von Pachydermie sehen und zudem meistens

Digitized by Google

der ganze Körper gleichmäßig von der Melanose ergriffen ist. Ferner gehören zu der Addisonschen Krankheit ziemlich regelmäßig Klagen über den Magen und Asthenie.

Außerdem müssen bei der Differentialdiagnose mit der Acanthosis nigricans noch berücksichtigt werden Seborrhoea, Ichthyosis, Syphilis, Bronze-Diabetes, Leberzirrhosis, Psorospermosis vegetans Darier (Keratosis follicularis von Morrow).

Bei Seborrhoea ist in der Regel die Haut bedeckt mit fetten Schuppen, die man bequem entfernen kann.

Ichthyosis fängt schon in der Jugend an (deshalb muß man die Melanosis progressiva ebenfalls ausschließen), ist meistens an den Streckseiten lokalisiert und zeigt auch mehr oder weniger Schuppenbildung.

Pigmentation zufolge von Syphilis ist hier unwahrscheinlich, denn die Anamnese und die weiteren Untersuchungen ergaben keine Lues. Außerdem hat die Pigmentation bei Syphilis, weil sie meistens nach der Heilung eines Exanthems zurückbleibt, gewöhnlich die Form des vorherigen Exanthems.

Bronze-Diabetes und Leberzirrhosis können beide Melanodermie veranlassen. Bei der ersten Krankheit finden wir aber Zucker im Urin, während bei Leberzirrhosis noch andere Symptome das Krankheitsbild beherrschen.

Psorospermosis follicularis vegetans (Darier) fängt gewöhnlich im jugendlichen Alter an und veranlaßt follikuläre Hyperkeratose. Mikroskopisch findet man obendrein noch die für diese Krankheit so typischen „Corps ronds“ (Psorospermien) und „Grains“.

Auch an Lepra und Pellagra ist zu denken. Doch findet man bei Lepra neben einer evtl. nachweisbaren Pigmentierung auch andere Symptome, wie z. B. Leprome, Gefühlsstörungen, Nervenverdickungen, während Pellagra eine in Niederländisch-Indien selten vorkommende Krankheit ist. (Nur Heinemann beobachtete, soviel ich weiß, einen zweifelhaften Fall bei einem Beri-Beri-Kranken.)

Als toxische Melanodermien, wie man sie nach Gebrauch von As, Phenolphtalein und Antipyrinverbindungen ab und zu sieht, können die Erscheinungen nicht aufgefaßt werden, da Patient diese Medikamente noch nie eingenommen hat.

Auch Salvarsan, das man hier ziemlich viel für die Bekämpfung der Framboësie gebraucht, war ihm noch nie verabreicht worden.

Hyperpigmentierung durch Einwirkung der Sonne ist selten so stark und kommt besonders an den unbedeckten Körperteilen (Handrücken, Antlitz usw.) vor.

In den Tropen muß bei Pigmentierungen auch an Framboësie gedacht werden, doch ist hier die Pigmentierung nie so stark ausgesprochen wie in unserem Falle, und zumeist ist sie mehr umschrieben als Rest einer geheilten sekundären oder tertiären Affektion. Pigmentierung bei Framboësie sieht man auch häufiger an Händen und Füßen.

Eine dunkle Tönung des Antlitzes und der Hautfalten findet man in den Tropen öfter bei chronischen Malariakranken, doch, soviel ich weiß, sah man dabei nie das Auftreten von Lichenifikation und papillären Exkreszenzen.

Digitized by Google

Erübrigen uns noch die Pilzkrankheiten. Diese in den Tropen oft vorkommende Hautaffektione (wie Eczema marginatum, Erythrasma u. a.) veranlassen nicht selten gerade in Axilla und Genitokruralfalten Pigmentierung, und sie würden also bei Differentialdiagnose mit Acanthosis nigricans Schwierigkeiten geben können, wenn nicht fast immer bei Pilzkranken Hyperkeratose fehlte und die Erreger mikroskopisch oder kulturell nachgewiesen werden könnten; dazu besteht meist Jucken und Schuppung.

Zusammenfassend können wir also sagen, daß nach Ausschluß aller anderen Krankheiten, die Hyperpigmentation veranlassen können, der oben beschriebene Fall klinisch wie histologisch am meisten übereinstimmt mit dem Krankheitsbilde der Acanthosis nigricans, und dafür muß er, nach meiner Meinung, auch gehalten werden. Merkwürdig in unserem Falle ist das Vorkommen von Nagelalterationen, ein Symptom, welches nur in einzelnen publizierten Fällen (u. a. von HAXTHAUSEN) beobachtet wurde.

Von Funden mittelalterlicher Syphilis

Von

Prof. A. v. NOTTHAFFT in München

I.

Man hätte glauben können, daß nach den beiden großen, sich gegenseitig ergänzenden Werken IWAN BLOCHS[1]) und des Verfassers[2]) das Gespenst einer frühmittelalterlichen oder gar antiken Syphilis der alten Welt endgültig aus der gelehrten Diskussion verbannt geblieben wäre. Denn mag man sich darum noch streiten, ob die Syphilis wirklich aus Amerika zu uns gekommen ist oder nicht, das steht sicher fest, daß sie bei uns zuerst im 15. Jahrhundert aufgetreten ist, gleichviel ob sie nun hier irgendwie autochthon entstanden oder irgendwoher von außen eingeschleppt worden ist. Der Gegensatz Amerikanismus — Antiamerikanismus ist vor allem durch BLOCH wieder in den Vordergrund gestellt worden. Wer in dieser letzteren Frage recht hat, das wird vielleicht einmal die Wissenschaft des Spatens entscheiden können. Heute weiß man nur, daß in den Gräbern der alten Welt, welche in die Zeit vor Kolumbus hinaufreichen, keine unzweifelhaft syphilitischen Knochen gefunden worden sind (ein paar Veröffentlichungen aus französischer und japanischer Quelle haben der Kritik nicht standhalten können); aber in Amerika stehen der Forschung und der Altersbestimmung des Gefundenen noch ungeheure Schwierigkeiten entgegen. Ich sagte: unbeschadet der Frage nach der Herkunft der am Ende des 15. Jahrhunderts seuchenartig aufgetretenen Syphilis hätte auf Grund meiner und BLOCHS Arbeiten eigentlich die Theorie einer frühmittelalterlichen oder gar antiken Syphilis der alten Welt als erledigt gelten können. An meine Feststellung, daß die

[1]) BLOCH, IWAN, Der Ursprung der Syphilis. 1. Abt., Jena 1901; 2. Abt., Jena 1911. — [2]) v. NOTTHAFFT, ALBRECHT, Die Legende von der Altertumssyphilis. Leipzig 1907. Derselbe, Beiträge zur Legende von der Altertumssyphilis. Derm. Zschr., Bd. 14, H. 10. Derselbe, nochmals die „Beiträge" usw. Derm. Zschr., Bd. 15, H. 1.

Digitized by Google

Syphilis des Altertums eine Legende sei, hat sich von Forschern mit Namen nur HILDEBRAND gewagt. Aber die Forschungen BLOCHs über den amerikanischen Ursprung und das erstmalige Auftreten der Krankheit im Anschluß an die Entdeckung Westindiens und das Abenteuer Karls VIII. haben in SUDHOFF und seiner Schule Gegner erhalten.

Allerdings ist diesen die Arbeit durch BLOCH selbst erleichtert worden. Wir leben heute in einer Zeit, welche sexualwissenschaftliche Themata in breitester Öffentlichkeit behandelt. Als aber BLOCH vor Jahrzehnten seine „Sexuelle Ophresiologie", seinen „Marquis de Sade" und sein „Geschlechtsleben in England" verfaßte, gab er diese ganz populär gehaltenen Werke pseudonym, d. h. unter Decknamen heraus. So wurden sie damals als Pornographien gewertet, wohl zu Unrecht. Heute denkt man anders. Aber auch wenn es Pornographien gewesen wären, so könnte dieser Umstand natürlich nicht den Wert seiner späteren rein wissenschaftlichen Arbeiten verringern, als deren beste seine Werke über den Ursprung der Syphilis zu gelten haben. Sed semper aliquid haeret. Mit glänzender Begabung und ungeheuerem Fleiß hat er eine bewundernswürdige Belesenheit verbunden. Aber es fehlte ihm die strenge Sachlichkeit des richtigen Gelehrten. Seine Werke sind mit Zitaten gespickt, und er gibt im Vorwort und in den Noten seine Quellen und Helfer an. Wer aber genauer hineinsehen kann, weil er die Materie beherrscht, bemerkt sehr bald, daß BLOCH es trotzdem versteht, das geistige Eigentum anderer stillschweigend zu übernehmen, und daß die von ihm angegebenen glänzenden Namen großenteils nur Buchschmuck sind. Sein blühender Stil führt ihn zu romanhafter Darstellung; es finden sich besonders historische Urteile, die einen bedenklichen Mangel an Kritik, ja sogar an gutem Willen zur Kritik zeigen. Indem er das Schlagwort von der breiten kulturhistorischen Basis, auf die man Forschungen über den Ursprung der Syphilis aufbauen müsse, erfand, verschaffte er sich die Gelegenheit, in seinen zwei Bänden „Ursprung der Syphilis" alles mögliche ausschmückende Beiwerk hereinzuholen, das mit der Frage gar nicht zusammenhängt. Besonders der zweite Band ist nach dieser Richtung sehr lehrreich. Was hat es mit dem Streit über Existenz oder Nichtexistenz der Syphilis im Altertum zu tun, wenn uns fast ein Drittel des Buches über das sexuelle Leben der Alten belehrt, nachdem einmal feststehen dürfte, daß jene Völker Geschlechtsverkehr jeder Art gehabt und durch Handel, Sklaventum und Kriege untereinander in enger Berührung gestanden haben? (Weil BLOCH einen solchen Arbeitsplan angekündigt hatte, habe ich das Gesagte ausführlicher bereits in den „Beiträgen", S. 650—651, ausgeführt. Es half nichts. BLOCH setzte sich über diesen unangenehmen Einwand damit hinweg, daß er die Arbeit totschwieg.) Fast ein Viertel des zweiten Bandes handelt von den pseudosyphilitischen Hautkrankheiten. So fleißig derselbe geschrieben und so interessant für den Dermatologen dieses Kapitel ist, so wertlos ist es für die vorliegende Frage. Denn jeder Arzt weiß seit langem, daß die syphilitischen Hautkrankheiten allen möglichen Hautleiden so ähnlich sehen, daß eine Auseinanderhaltung auf Grund einer schriftlichen Beschreibung vielfach ausgeschlossen ist. Auf die Unika und Feinheiten kommt es also nicht an. Man kann sich schwer vorstellen, daß BLOCH im Innersten überzeugt war, als er diesen Abschnitt als „das allerwichtigste, den Kern und Mittelpunkt der ganzen Kritik der Lehre von der Altertumssyphilis" enthaltende Kapitel genannt hat. Auf diese Weise werden, ohne daß es der Leser gewahr wird, die Arbeiten aller jener als minderwertig herabgesetzt, welche mit Verzicht auf Überflüssiges und „Interessantes" sich auf ihr Thema beschränkt haben. Bei den Schlüssen und Urteilen nimmt er überhaupt gern den Mund so voll, daß es der Kritik ein Leichtes war, hier einzuhaken[1]).

[1]) Vgl. hierzu meine Besprechung von BLOCHS Syphilisursprung, 2. Bd. in Jahrb. d. Görresgesellsch., 1912, Bd. 33, S. 793! — Der Fehler mangelhafter Objektivität, ja der Tendenzschriftstellerei, des Prunkens mit Quellen, die der Verfasser anderswoher übernommen hat und die manchmal gar nicht das sagen, was er in ihnen gefunden haben will, und die Sucht, Milieus zu konstruieren, die nicht oder nicht so vorhanden waren, tritt besonders in (der Geschichte) der Prostitution (Berlin 1912) hervor. — Auf den „Superlativ der Wendung, deren es noch ‚tausend' im ... ersten Bande über den ‚Ursprung der Syphilis' gibt", hat schon SUDHOFF (Mal Franzoso in Italien in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts, Gießen 1912, S. 21) hingewiesen.

Digitized by Google

Ich kann nicht finden, daß diese Kritik, die besonders und in wissenschaftlich völlig einwandfreier Weise von SUDHOFF und seinen Schülern ausgeübt worden ist, wobei zum Teil hochinteressantes Material zutage gefördert worden ist, die Hauptergebnisse der BLOCHschen Arbeit zu entwerten imstande ist. Doch das mag einer weiteren Studie vorbehalten bleiben! Im folgenden möchte ich mich nur mit von anderer Seite geschehenen Neuentdeckungen von Syphilis im frühen Mittelalter beschäftigen.

Besonders muß ich mich dabei gegen PHILIPP HILDEBRAND in Duisburg wenden, einen Autor, der eine ganz außerordentliche Vertrautheit mit der Literatur jener Zeit mit einer sehr bedeutenden Kenntnis der oft sehr schwierigen Sprache, in welcher ihre lateinischen und griechischen Werke verfaßt sind, eine blühende Phantasie und geradezu eine Deutungsequilibristik vereinigt. In meinen Kritiken seiner Aufsätze habe ich das immer wieder feststellen müssen, und vor kurzem hat SIGERIST [1]) vor der Arbeitsmethode HILDEBRANDS „mit allem Nachdruck gewarnt" und solche „Spielereien" als der Sache undienlich bezeichnet. Aber Bemerkungen eines Referenten können aus äußeren Gründen nicht erschöpfend sein, und man kann einen fleißigen, viel wissenden und ehrlichen Arbeiter, der HILDEBRAND zweifellos ist, nicht mit ein paar Bemerkungen abtun. Es ist vielmehr mühevolle Kleinarbeit nötig, und diese muß philologisch und medizinisch sein. Man darf nicht Urteil neben Urteil stellen.

Nachdem HILDEBRAND schon in verschiedenen Zeiten des Mittelalters die Syphilis gesehen hatte, glaubte er in einer pompejanischen Wandinschrift, welche MAU und ZANGEMEISTER [2]) publiziert haben, einen unleugbaren Hinweis auf diese Krankheit gefunden zu haben. Die Behauptung, daß die Lehre von der Altertumssyphilis eine „Legende" sei, falle damit in sich zusammen [3]). Ich halte sie vorläufig aber noch für lebensfähig. Die Inschrift lautet:

„Veneria / Maximo / mentla / exmuccavt // per vindemia / tota / et relique(t) / putr. ventre / mucei // os plenu /cs." HILDEBRAND liest: „Veneria Maximo mentulam exmuccavit per vindemiam totam et relinquet putrem ventrem muci os plenum cunnus." „Veneria" bedeute „Lustmädchen", offenbar schon ironisch mit dem Nebenbegriff „die Geschlechtskranke". „Cs" ist „cunnus", „cunnus" stehe aber für „Metze". Diese habe dem Maximus als Andenken an die Ausschweifungen während des Winzerfestes einen „durch und durch verseuchten Leib (putrem ventrem) und den „Mund voller Schleimpapeln (plaques muqueuses) (muci os plenum)" hinterlassen.

Hierzu ist zunächst zu bemerken: Veneria hat keineswegs die Nebenbedeutung „die Geschlechtskranke". HILDEBRAND hat sich da offenbar durch den Namen „morbus venereus" verführen lassen. Aber diese Benennung der Syphilis ist erst 1527 von BÉTHENCOURT eingeführt worden [4]); sie bedeutete ihm „die Krankheit der fleischlichen Liebe". Das Altertum kennt den Begriff des „Venerischen" in unserem Sinne gar nicht. „Venerius" heißt da: „zur Venus gehörig"; deshalb steht PLAUTUS RUD., II, 2, 23 „sacerdos Veneria" = „Priesterin der Venus". Weiterhin bedeutet es die fleischliche Liebe; deshalb bei CICERO, Senect., 14: „res Venereae = Beischlaf"; auch „der fleischlichen Liebe ergeben, geil", wie GELLIUS,

---

[1]) SIGERIST, H. E., Kritische Betrachtungen über die Frühgeschichte der Syphilis. D. m. W., 1926, Nr. 25, S. 1050. — [2]) Incriptiones parietariae Pompeianae etc. Corpus inscriptionum Latinarum, Bd. 4, herausg. von A. MAU und C. ZANGEMEISTER, Berlin 1871 bis 1909. — [3]) HILDEBRAND, PH., Syphilis im Altertum. W. m. W., 1926, Nr. 17, S. 520 — [4]) PROKSCH, J. K., Die Geschichte der venerischen Krankheiten. 2. Teil, S. 151 Bonn 1895.

Digitized by Google

VII, 8: „Delphinos Venerios esse". — Bezüglich der Deutung „cs = cunnus" habe ich mich an ERNST DIEHL[1]) gewendet, welcher in neuester Zeit über die pompejanischen Inschriften gearbeitet hat. Dieser im Augenblick berufenste Fachmann hatte die Güte mir zu antworten: „Mit ‚cunnus' hat das nichts zu tun, wie die ganze Geschichte mit Krankheit und Syphilis nichts zu tun hat. Der Kritzler der Inschrift hat angefangen und aufgehört." DIEHL hat hinter cs ein ? gesetzt. „Das soll heißen: das verstehe ich nicht." „Die Interpretation im einzelnen ist nicht absolut klar."

Läßt man die Willkürlichkeiten der HILDEBRANDschen Erklärungskunst beiseite, dann heißt die Schmutzstelle: „Veneria hat dem Maximus während der ganzen Weinernte die mentula ausgeschleimt und verläßt (oder auch vielleicht: ‚läßt zurück')[2]) den morschen (kraftlosen) Leib." Daß der Leib des Maximus morsch[3]) geworden ist, nachdem dieser sich eine ganze Weinernte hindurch hat „ausschleimen" lassen, ist ohne weiteres verständlich. Denn wie das „Ausschleimen" der mentula vor sich gegangen ist, verraten dann die Worte „mucei os plenu". Die Herrschaften von damals liebten das fellare. Die Veneria hat bei dieser Tätigkeit natürlich den Mund voll „Schleim" bekommen. Da die Stelle ganz korrupt ist, könnte man ja auch vielleicht daran denken, daß der Maximus durch Cunnilingus seinen Mund voll Schleim bekommen hat; doch sei das nur angedeutet! Davon, daß „os mucei plenum" „Mund voller Schleimpapeln" heiße, kann natürlich gar nicht die Rede sein. Da hat die französische Terminologie der plaques muqueuses HILDEBRAND einen bösen Streich gespielt.

Damit fällt auch der weitere Schluß unseres Autors, daß den Alten trotz meiner[4]) und BLOCHs[5]), aber auch schon älterer Syphilishistoriker genauen Darlegungen der Begriff der Geschlechtskrankheit, d. h. durch Ansteckung beim Geschlechtsverkehr erworbener Krankheiten der Geschlechtsteile, wohlvertraut gewesen wäre. Da es sich bei der Inschrift nur um eine Perversität handelt, so ist auch die weitere Behauptung HILDEBRANDs, das damit „Licht in den bisher rätselhaften Morbus campanus der 5. Satire des 1. Buches des Horaz, bei dem es sich zweifellos um tertiäre Syphilis gehandelt hat", irrig. Ich habe bereits in meiner „Legende"[6]) ausführlich dargetan, warum der Morbus campanus unter keinen Umständen tertiäre Syphilis bedeuten könne und lediglich „zur Diskussion" die Hypothese aufgestellt, daß es sich vielleicht um Sodomie handeln könne. Auch IWAN BLOCH[7]) faßt den Morbus campanus nicht als Krankheit, sondern als kampanisches Laster auf und sieht in den Witzeleien über das Horn des Messius ebenso wie ich nur den Ausdruck des allgemeinen Aberglaubens, daß Perversitäten sich in Form von Hautkrankheiten verraten.

Ein paar Jahrhunderte nachdem der Vesuv über den morbus campanus seine Aschendecke gebreitet hatte, ging es trotz dem Sieg des Christentums in Karthago noch immer recht „lustig" zu. Hat es in jener alten Zeit in Europa Syphilis gegeben, so muß halb Karthago durchseucht gewesen sein. Tatsächlich glaubt HILDEBRAND[8]) einen diesbezüglichen

---

[1]) DIEHL, ERNST, Pompejanische Inschriften und Verwandtes. Bonn 1910. — [2]) ZANGEMEISTER und DIEHL nehmen beide an, daß relinquet für relinquit steht. Für unsere Zwecke hat das keine Bedeutung. — [3]) Der puter venter des Maximus konnte auch bloß als „geiler Leib" aufzufassen sein. Siehe Persius, V, 58! Das würde an dem oben Gesagten aber nichts ändern. — [4]) NOTTHAFFT, l. c., S. 73ff. — [5]) BLOCH, l. c., Bd. 2, S. 672ff. — [6]) NOTTHAFFT, l. c., S. 200ff. — [7]) BLOCH, l. c., Bd. 2, S. 679. — [8]) HILDEBRAND, PH., Syphilis in Karthago zur Zeit der Regierung Valentinians I. (364—375 n. Chr.). M. Kl., 1927, Nr. 38, S. 1475—96.

Digitized by Google

Fund in der an den Kaiser Valentinian gerichteten Widmungsschrift des karthagischen Prokonsuls und früheren Regierungsobermedizinalrates VINDICIANUS gemacht zu haben, welche dieser seinem Werke „de expertis remediis" vorangesetzt hat. Das Werk ist verschollen; aber die Vorrede ist uns erhalten geblieben, da sie MARCELLUS EMPIRICUS[1]) in sein Buch „De medicamentis liber" aufgenommen hat. HILDEBRAND liest aus derselben Infektion, Primäraffekt, Hautverwüstung, Knochenerkrankung des Schädels, Entzündung der Gehirnhäute, Gehirnlues, Zerstörung des Gehörorgans mit Ertaubung, Ohrengeschwüre, gummöse Nasenerkrankung, Wundaffektion mit ausgedehnter Gaumenzerstörung, Erkrankung des Kehlkopfs und Stimmbandlähmung, Vernichtung der Zeugungsorgane und Tabes dorsualis, „kurz, das entsetzliche Bild der Lues, wie es kaum schlimmer auszumalen ist", heraus.

Und der arme Kranke hat doch, auch wenn man die Vorrede nicht mit Seheraugen liest, auch ohne Syphilis schon bei seinen Lebzeiten genug an dem gehabt, was ihm Ärzte angetan haben! Es ist da die Rede von einem an chronischem Tränenfluß Leidenden, welchem von den behandelnden Ärzten der ganze Kopf mit Schneiden, Brennen, Rasieren und Aderlässen vergeblich geschunden und dem noch anderes angetan war, so daß VINDICIANUS dazwischentreten mußte und den Kollegen folgende Standrede hielt:

„Wenn durch das Vielerlei von Quälereien der arme Mensch da nur in etwas Hilfe erfahren hätte, würde er mit Recht unter euch leiden. Da aber weder Salben, noch Schneiden, noch Brennen den Tränenstrom unterdrücken konnte, warum habt ihr dann ungeschickterweise (unbelehrt?) ihm noch die Venen öffnen lassen, wo doch der bereits Halbentseelte schon beim bloßen Anblick eines Messers sich entsetzt hat? Daher erklärt mir, hochweise Herren, die Gründe eurer heutigen Behandlungsweise, warum man ihn über den Augen eingeschnitten, warum den Kopf, warum die Venen-Meacula ausgebrannt hat?" Nun heißt es weiter im Text:

„Meatus enim irrigatio si venerit ad ea loca, in quibus habebat receptaculum collectionis suae, quo impetu exinde descendebat deorsum, recurrens rursus ad fontem cerebri ibique coangustatus, cum fervere coeperit, verendum est, ne perforans cutem ac pertundens cratum capitis generet in eo vitia diversa aut ne iterum per aliquam venarum erumpat ad aures faciatque hominem surdum, totum oppilans auditum, aut vermes in auribus generet vel naribus polypos nutriat aut oculis aegilopia excitet, aut dentibus sit mollestus et faciat hominem oris fotidi atque corrupti vel, quod maxime cavendum est, ne per uvae destillantis aut exulceratae vitium ipsa musice hominis corrupta languescat pulmonique et stomacho plagam inferat, lumbos quoque renesque dissolvat et incipiat umor noxius per inguina et coxas et crura descendens facere contractiones talorum atque nervorum paulatimque auferat gressus totque organo tabescente, videamini potius consumpsisse hominem quam curasse, cum vere violenta morte videatur de hac luce migrare."

Zu deutsch: „Falls nämlich der Lauf des Tränenflusses (wenn dieser Tränenfluß an die Orte gelangt, wo er sein Reservoir hat) mit derselben Heftigkeit, mit der (oder vielleicht: durch die Triebkraft, durch die er) von dort herunterkam, dahin zurückflutend, wo das Gehirn entspringt und daselbst komprimiert, sich zu erhitzen beginnt, so ist zu fürchten, daß er sich durch die Haut bohrt und nach Durchbruch der Kopfschwarte allerlei Übel am Kopf erzeugt oder daß er hinwieder durch irgend eine Vene bei den Ohren herausbricht und den Menschen taub macht, indem er den ganzen Gehörgang verstopft, oder daß er „Würmer" in den Ohren erzeugt, oder in der Nase Polypen wachsen läßt, oder den Zähnen gefährlich wird und so einen Menschen mit stinkendem und verdorbenem Munde macht, oder,

[1]) Epistola Vindiciani ad Valentinianum. In Marcelli de medicamentis liber, rec. M. Niedermann, Lips. et Berol., 1916, S. 24 u. 25.

Digitized by Google

was man am meisten zu verhüten hat, daß durch krankhaften Fluß und Verschwärung des Zäpfchens die Stimme (Kehlkopf?) des Menschen verdorben und schwach (bzw. krank) wird und Störungen in Lunge und Magen entstehen, und daß die schädliche Flüssigkeit Lenden (Geschlechtsteile?) und Nieren erschlafft und, wenn sie weiter durch Leisten, Hüften und Beine herabgeht, Kontraktionen der Fußgelenke und der Nerven zu machen sich anschickt und allmählich das Gehen lähmt. Wenn so das ganze Organ (Organismus?) siech ist, dürfte es klar sein, daß ihr, statt den Menschen zu heilen, vielmehr ihn verdorben habt; denn in der Tat scheidet er dann offenbar grausamen Todes aus diesem Licht." Hierzu dann ohne jeden Zwischensatz noch die Erklärung, daß, wenn schon durch den scharfen Geruch von Zwiebeln und Senf das Gehirn so zur Absonderung gebracht wird, „daß die scharfe Flüssigkeit Nase und Augen belästigt, was sollen wir dann von den Leiden jener uns vorstellen, welchen in der Augengegend (selbst) immer wieder mit Eisen und Feuer herumkuriert wird?"

Man sollte es nicht für möglich halten, daß der Sinn dieser Anrede falsch verstanden werden könnte. Er ist doch so: Durch eure Quälereien habt ihr den vorgestellten Kranken in die Gefahr gebracht, daß der zurückgedrängte Lauf (meatus) des (Tränen-) Flusses (irrigatio) sich an Stellen Platz schafft, wo er den verschiedensten Schaden erzeugen kann.

Um zu seiner irrigen Deutung zu kommen, hat HILDEBRAND die folgende, nach Grammatik und Sinn falsche und willkürliche Übersetzung geliefert (um Raum zu sparen, gebe ich von seiner Übersetzung nur die von meiner abweichenden Stellen, die oben im lateinischen Text gesperrt gedruckt sind): „Wahrlich, wenn das venerische Gift zu den Körperstellen gelangt, wo es einen günstigen Schlupfwinkel für seine Ansammlung findet, wird die Seuche unter deren Druck nach außen hin sichtbar, indessen eilt sie auch dahin zurück, wo das Gehirn beginnt und nistet sich dort (soll heißen „hier") ein. Wenn sie nun zu toben beginnt, ist zu befürchten, daß sie die Haut verwüstet ... oder sie ... verwandelt die Mundhöhle ... in ein wüstes, stinkendes Loch ..." Weil „meatus", was allerdings wie das deutsche „Gang" nicht nur das Gehen, sondern auch den Ort des Gehens bedeuten kann, vielleicht einmal anderswo in der Bedeutung „pudenda" gebraucht wird, wird von unserem Autor stracks auch hier diese Bedeutung angenommen. Das durfte man aber doch nur tun, wenn aus dem Zusammenhang hervorgeht, daß hier die Geschlechtsteile gemeint sein könnten! Dafür fehlt jede Veranlassung. Nun soll aber gar hier „meatus" die Bedeutung „morbus pudendorum", Lustseuche, haben und „meatus irrigatio" wird mit „das venerische Gift" übersetzt. Das ist schon grammatikalisch unhaltbar. Denn „meatus" gehört gar nicht zu „inrigatio", sondern zum Satze „cum coeperit" und „inrigatio" zu „si venerit" (Inversion!). NIEDERMANN, der Herausgeber des Marcellus, dessen Güte ich die Konstruktion und Übersetzung der Stelle verdanke, hält es sogar für möglich, daß die Worte „inrigatio si venerit ad ea loca, in quibus habebat receptaculum collectionis suae" eine nachträglich in den Text eingeschwärzte Randglosse sein möchten. Vor der Übersetzung der Worte „in quibus habebat receptaculum collectionis suae" („Orte, an welchen er seine Reservoirs hatte [wo er sich angesammelt hatte]") mit „wo es einen günstigen Schlupfwinkel für seine Ansammlung findet," hätte HILDEBRAND schon die Überlegung abhalten müssen, daß es nicht „habet", sondern „habebat" heißt. Die Willkürlichkeit der Übersetzung von „oris fotidi atque corrupti" mit „(verwandelt) die Mundhöhle in ein wüstes, stinkendes Loch" liegt auf der Hand.

Nirgends steht etwas, daß „die Seuche nach außen sichtbar wird" oder daß sie sich im Gehirn „einnistet" oder daß sie die Haut „verwüstet". Aber auch von Primäraffekt, Knochenerkrankung des Schädels, Entzündung der Hirnhäute, Gehirnlues, Zerstörung des Gehörorgans, Nasengummen und Tabes dorsualis kann man nur reden, wenn man den Worten des VINDICIAN ganz willkürlich einen bestimmten Sinn unterlegt, mit anderen Worten: wenn man die Syphilis um jeden Preis finden will. Kleinere und unwichtige Fehler in Übersetzung und Sinngebung

Digitized by Google

habe ich mit Rücksicht auf den Umfang hier und im folgenden übergangen. — HILDEBRAND ist eben auch da wieder einmal in den Fehler so vieler seiner Vorgänger verfallen, daß er die Aufzählung von Folgen einer Schädigung als Schilderung einer bestimmten Krankheit, einer nosologischen Einheit aufgefaßt hat. Jeder, der sich einmal die Mühe gemacht hat, einen alten medizinischen Autor, von HIPPOKRATES bis hoch ins Mittelalter hinauf, zu lesen, weiß, daß jene Ärzte vielfach wie noch heute die Kurpfuscher als Folgen eines schädlichen Einflusses alle möglichen Krankheiten entstehen gesehen haben wollen. Aber auch in diesen Fehler konnte HILDEBRAND nur dadurch verfallen, daß er die Stelle aus dem Zusammenhang gerissen hat. Niemand wird, wenn er nicht auch das Vorausgehende und das Nachfolgende zu lesen bekommt, erkennen können, daß es sich lediglich um die Vorstellung eines Augenkranken in einem Ärztekollegium und die an die Behandlung desselben durch diese Ärzte geübte Kritik handelt. „In der Beschränkung zeigt sich zwar erst der Meister." Aber so darf man nur in der Dichtkunst verfahren. — Gehören übrigens Augenfisteln, Zahnerkrankungen und Zerstörungen der Geschlechtsorgane zum Bilde der Syphilis? (Daß die Syphilis an jedem Organ und in vielfacher Krankheitsform auftreten kann, weiß ich natürlich.)

An der Wende vom 9. zum 10. Jahrhundert lebte der in seiner Zeit hochberühmte Abt ODO VON CLUNY (Odo Cluniacensis). Sein bedeutendstes Werk sind die 7 Bücher der in Hexametern abgefaßten „Occupatio"[1]). Die Verse 291—297 des 2. Buches haben PHILIPP HILDEBRAND[2]) verführt, hierin eine „zweifellose" Schilderung der Syphilis zu sehen.

Er übersetzt: „Ein Übel schlich sich ein, schon ist es nicht mehr harmlos und selten. Denn als scheußliches Gebrechen verunstaltet es das Antlitz und drückt ihm den Stempel der Verworfenheit auf. Auch schändet das Übel jedes Glied, dem es gerade anhaftet. Wenn das Leiden vorübergehet, bleibt gewöhnlich eine strahlende Glatze zurück. Die Glieder erhalten ihr früheres Aussehen erst wieder zurück, wenn das Übel vollständig ausgerottet ist. Seit dem Sündenfall durchdringt die Wollust gleich einem Sauerteig die Sinne. Sie lockt, verführt und speist ab im Taumel mit schleichendem Siechtum."

Bei richtiger Übersetzung und aus dem Zusammenhang ergibt sich aber, daß die Deutung HILDEBRANDS unhaltbar ist. Der Grundgedanke der Occupatio ist die Aufzeigung des Schlechten in der Welt.

Buch 1 und 2 beschäftigen sich hauptsächlich mit der Erschaffung der Welt, Engel und Menschen und mit dem Fall von diesen beiden letzten; Buch 3 tut dar, wie der Mensch nach dem Verlust des Paradieses immer mehr in die Sünde verstrickt wurde; Buch 4 bis 6 behandeln den Gedanken der Erlösung, ihre Anbahnung durch die Propheten und ihre Ausführung durch Christus, Buch 7 das Weiterleben des Bösen trotz Kirche und in Kirche und die Sitten seiner Zeit. Die Laster der Welt werden scharf und mit rückhaltloser Deutlichkeit gegeißelt und den Tugendhaften künftige Belohnung versprochen. Durch das ganze Werk zieht sich der Gedanke, daß Sinnlichkeit (libido) und Stolz (Tumor) die größten Übel sind („Libido carnem populatur, tumor mentem [die Begierde verwüstet das Fleisch, der Hochmut die Seele]"). Die Libido schafft Unfreiheit; wer sich ihr ergibt, den beherrscht sie ganz. Aber es gibt auch hier noch eine Rettung: die Reue[3]).

---

[1]) Odonis Abbatis Cluniacensis occupatio. Edit. ANTON SWOBODA, Lipsiae 1900 (Teubner). — [2]) HILDEBRAND, PHILIPP, Syphilis im frühen Mittelalter. M. m. W., 1925, Nr. 11, S. 442. — [3]) Vgl. MANITIUS, MAX, Geschichte der lateinischen Literatur des Mittelalters. 1923, S. 20—27.

Digitized by Google

Nachdem in den vorausgehenden Versen des 2. Buches das Leben im Paradies und der Sündenfall geschildert worden sind, wird Vers 279 bis 290 erzählt, daß es vor der Sünde der Stammeltern keine Geschlechtsgier gab und kein Glied in unanständiger Weise benutzt wurde. Anders aber wurde es, als das Laster, das ist natürlich der Sündenfall, kam. (Es folgen nun zunächst die oben angegebenen, von Hildebrand übersetzten Verse 291—295, auf die wir gleich zurückkommen werden, nachdem wir die weiter auf sie folgenden Verse 296—309 besprochen haben.) Es heißt da Vers 296—297: Post lapsum sensus terebrat quasi zima libido; / illicit, illecebrat, tabo crapulosa saginat. (Nach dem Fall der Vernunft (aber) treibt die Begierde wie ein Sauerteig; sie lockt und verführt und mästet trunken [rauschgierig?] mit Gift.) In Mißachtung des Schöpfers reiße die Geschlechtsgier das an sich, was sich dieser vorbehalten hatte, die Schaffung (des Menschen), und habe sie ihren Sitz an der Pflanzstätte der Nachkommenschaft aufgeschlagen, so daß niemand ohne Sünde geboren wird (Erbsünde!); daher schäme sich von den Stammeltern an jeder Mensch des Geschlechtstriebes und gilt die Erektion für unanständig. Unter Auslassung der von Hildebrand übersetzten Verse 291—295 kommt man also zu einem ganz klaren Sinne der Stelle. Sie ist nichts als eine Paraphrase der Erzählung der Genesis: 1. Mos., **2**, 25: Und sie waren beide nackt, der Mensch und sein Weib, und schämten sich nicht voreinander. (Folgt in der Bibel der Sündenfall.) 1. Mos., **3**, 7: Da wurden ihrer beiden Augen aufgetan und sie wurden gewahr, daß sie nackt seien; da nähten sie Feigenblätter zusammen und machten sich Schurze.

Die von Hildebrand gebrachten Verse 291—295 unterbrechen nun die Schilderung des paradisischen Zustandes kindlicher Unbefangenheit und ihrer Verdrängung durch das Schamgefühl nach dem Sündenfall. Wir geben zunächst den lateinischen Text und schließen daran sofort Übersetzung und Deutung, wie sie uns als die nächstliegende erscheint, an: Vers 291—297:

„Irrepsit vitium, — nec iam est simplex neque solum. / Ulcus enim vultum foedans facit esse probrosum, / Et vitium attaminat membrum, cui forsan adhäret; / At si vulnus abit, de more glabella nitescit, / Membra decore suo renitent vitioque revulso. / Post lapsum sensus terebrat quasi zima libido / Illicit, illecebrat, tabo crapulosa saginat."

Zu deutsch: „(Da) schlich sich das Übel ein und schon ist es nicht mehr einfach und das einzige. Ein das Gesicht entstellendes Geschwür läßt es (zwar) abstoßend erscheinen, und ein Übel befleckt (wohl) das Glied (des Körpers), an das es sich gerade haftet; aber wenn die Wunde vergeht, erglänzt in der Regel die glatte Haut (glaber = glatt, oder, wenn man die Glosse „glabella = spatiolum inter duo cilia" berücksichtigen will: die Stirne) wieder und die Glieder erscheinen, wenn das Übel ausgemerzt ist, von neuem in ihrem natürlichen Schmucke. (Anders aber ist es bei der seelischen Befleckung:) Nach dem Fall der Vernunft treibt die Begierde wie ein Sauerteig; sie lockt und verführt und mästet trunken (rauschgierig) mit Gift."

Faßt man die Stelle so, wie sie unseres Erachtens am einfachsten zu nehmen ist, dann fällt jede Schwierigkeit: Vor dem Sündenfall hat man sich nicht geschämt. Da kam das Übel, der Sündenfall. Die seelische

Digitized by Google

Befleckung erwies sich weit verhängnisvoller als eine körperliche. Denn wenn ein körperliches Leiden vorüber ist, erfolgt eine restitutio ad integrum. Das Übel der Wollust aber gebar fortzeugend Böses. So kam es, daß die Geschlechtsteile, die man einst kindlich unbefangen in Ehren hielt, heute verachtet und eine Quelle der Scham sind.

SIGERIST[1]), welcher sich ebenfalls gegen die HILDEBRANDsche Deutung der Stelle als einer Syphilisschilderung gewendet hat, faßt sogar die ganze Stelle als moralisch gemeint auf und übersetzt daher: „Das Laster hat sich eingeschlichen... Wie ein besudelndes Geschwür drückt es dem Antlitz einen schmachvollen Stempel auf. Das Laster befleckt jedes Glied, dem es etwa anhaftet. Wenn aber das Mal vergeht, das Laster ausgerottet ist, dann leuchtet die Stirn wieder auf, dann erstrahlen die Glieder in Schönheit wie zuvor." Unseres Erachtens würde aber auch bei dieser Übersetzung nicht anders als bei der HILDEBRANDschen die Stelle wie ein Fremdkörper wirken.

Die HILDEBRANDsche Deutung der Verse als eine Syphilisschilderung erklärt sich — ganz abgesehen von seiner Neigung, Syphilisstellen zu finden — aus dem Sinn, den er den Worten unterlegt: „Vitium" ist gewiß nicht bloß „Laster" (SIGERIST), aber auch nicht einfach „medizinischer Terminus technicus". Es bedeutet ebensowohl seelisches wie körperliches Gebrechen. Das gibt dem Dichter die Möglichkeit, in kurzer Abschweifung die körperlichen Schädigungen den seelischen entgegenzusetzen. Wir haben daher mit „Übel" übersetzt, was ebenso wie das lateinische „vitium" beide Begriffe, den des Lasters und den des Körperfehlers, in sich schließt. Die Übersetzung „glabella = Glatze" ist ganz willkürlich. Im übrigen macht die Syphilis in der Regel einen schütteren Haarausfall und keine „strahlende Glatze". „Tabum" ist nicht bloß „schleichendes Siechtum", sondern überhaupt und vor allem „Gift", sei es nun Gift im engeren Sinne oder Krankheitsgift. (Tabo munus imbutum [HORAZ, Epod, V, 65], wo von dem giftgetränkten Mantel die Rede ist, durch welchen Medea des Königs Kreon Tochter, Jasons Neuvermählte, in Flammen aufgehen ließ).

Mit solchen Auslegungen, wie sie HILDEBRAND gibt, kann man alles beweisen. Lib. II der Occupatio Vers 126 wird vom Satan gesagt: „Nam memor, ipse prius putruit qua peste superbus" und im gleichen Buche Vers 330: „Quo tabo hic (nämlich der Satan) putruit, putrere illum (nämlich der Mensch) quoque suasit." Übersetzt man nun in HILDEBRANDscher Art „tabum" mit „schleichendes Siechtum" oder „Geschlechtspest" und „pestis", wie es auch schon geschehen ist, mit „Seuche", dann heißen die beiden Verse: „Denn eingedenk, an welcher Seuche der Stolze selbst früher faulte," und „er überredete ihn an derselben Geschlechtspest zu faulen, an der er selbst gefault hat". Dann ist Adam glücklich zum Syphilitiker geworden und der Vater der Lüge desgleichen, übrigens keine neue Entdeckung in der Geschichte der Syphilisfunde.

---

[1]) SIGERIST, l. c. — Unabhängig von SIGERIST und ungefähr gleichzeitig habe ich schon in meiner Besprechung in der Derm. W., 1926, Bd. 83, S. 1383, betont, daß die ganze Stelle mit Syphilis nichts zu tun hat.

Digitized by Google

Odessaer Staatliches Dermato-Venerologisches Institut (Glawtsche Institut) (Direktor: M. G. Chorochin). Aus dem Serologischen Laboratorium und der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Leiter: I. D. Perkel)

Die praktische Bedeutung der Blutkuchen-WR nach Dold

Von

G. J. Bojewskaja und S. A. Karol, Laborantinnen

Die von Dold angegebene Blutkuchen-WR ist wegen ihrer leichten Ausführbarkeit für jene Fälle, in denen das zugesandte Serum zur Anstellung der WR quantitativ nicht ausreicht (Antrocknen des Serums an den Blutkuchen, Einsaugen in den Pfropfen bei schlechter Verpackung, bei Kindern), ein wertvolles Ersatzmittel in der Laboratoriumspraxis.

Um nicht in diesen Fällen zur wiederholten Blutentnahme greifen zu müssen, was fast immer sehr schwierig ist, empfiehlt Dold, von der Annahme ausgehend, daß in dem Blutkuchen und auf seiner Oberfläche noch genügend Serum zur Anstellung der WR erhalten geblieben ist, den Blutkuchen zu verwerten.

Die Technik der Ausführung der Reaktion ist folgende: Zum Blutkuchen wird ein gleiches Volumen physiologischer Kochsalzlösung hinzugefügt und die Eprouvette mit dem Gemisch (Blutkuchen + Kochsalzlösung) leicht und vorsichtig geschüttelt. Es ist sehr wichtig, den Blutkuchen ganz zu erhalten, damit keine Hämolyse zustande kommt. Das erhaltene Gemisch wird ½ Stunde lang bei 56° inaktiviert und nachher nicht weniger als 10—15 Minuten zentrifugiert. Die über dem Blutkuchen entstandene Flüssigkeit wird durch Abgießen oder mittels einer Pipette in eine andere Eprouvette gebracht und ohne weitere Verdünnung (als ob es 1:5 verdünntes Serum wäre) zur WR verwendet.

Nachdem Dold in dieser Weise neben der WR mit dem Serum 220 Blutkuchen untersucht hatte, bekam er in 98,5% fast völlige Übereinstimmung.

Die von ihm angegebene Methode wurde von anderen nachgeprüft, wobei der von ihnen erhaltene Prozentsatz der Übereinstimmungen sich als etwas niedriger erwies.

Nur Palevici fand fast in allen 108 von ihm untersuchten Fällen völlige Identität der Resultate der Blutkuchen mit denen der entsprechenden Sera.

Spranger, der 500 Blutkuchen prüfte, erhielt in 93,6% völlige Übereinstimmung, in 5,6% geringe Abweichungen und in 0,8% starke Abweichungen. Nach seiner Meinung wäre es richtiger, den Prozentsatz der Abweichungen nur im Verhältnis zu den positiven Serum-WR zu berechnen, da bei negativer Serum-WR die Blutkuchen-WR ebenfalls negativ ist. Die Prozentberechnung nach diesem Prinzip ergibt folgendes: 15,6% geringe und 3,6% starke Abweichungen, d. h. eine bedeutend größere Zahl der Abweichungen. Dessenungeachtet stellt die Blutkuchen-WR als Hilfsreaktion, nach Sprangers Meinung, eine zweifellose Bereicherung der Laboratoriumspraxis dar.

An einem recht großen Material (1000 Fälle) hat Gross seine Prüfungen angestellt. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen sind: völlige Übereinstimmung in 93,9%, geringe Abweichungen in 2,3%, starke in 0,9%. In den übrigen Fällen erhielt er Hemmung entweder im Serum oder im Blutkuchen.

Mit Sprangers Ansicht bezüglich der Bedeutung der Blutkuchen-WR nur bei positivem Ausfall ist Gross durchaus nicht einverstanden. Er weist hin, daß er die Fälle, die eine Abweichung des Resultates der Blutkuchenreaktion von dem der Serumreaktion zeigten, an einer Reihe von Fällungsreaktionen nachgeprüft hat und meistenteils dieselben Ergebnisse wie mit dem Blutkuchen erhielt. Nach Gross Meinung enthalten die Blutkuchen fast immer beiläufig dieselbe Menge von Reaginen wie das 1:5 verdünnte Serum, und darum können sie unbedingt für die WR verwendet werden.

Digitized by Google

Wir prüften parallel mit den Seren 300 Blutkuchen. Die an demselben Tage, mit denselben Ingredienzien, unter ganz gleichen Verhältnissen wie die mit Sera ausgeführten, ergaben völlige Übereinstimmung in 95%, geringe Abweichungen in 3,33%, starke Abweichungen in 1% und Eigenhemmung in den Blutkuchen in 0,66%.

Wir stellten einige Versuche in bezug auf Dauer und Bedingungen der Extraktion der Blutkuchen an. Hinsichtlich der Extraktion des Serums aus den Blutkuchen stimmen unsere Ergebnisse mit denen PALEVICIS überein. Die Blutkuchen, die mit der Kochsalzlösung 2—3 Tage hindurch aufbewahrt blieben, ergaben genauere Resultate als die unmittelbar vor der Reaktion verdünnten. Bei Zimmertemperatur und offener Eprouvette ging die Extraktion erfolgreicher vor sich. Niedrige Temperatur und Geschlossensein der Eprouvette trugen zum Zustandekommen eigenhemmender Eigenschaften bei.

Bessere Resultate ergaben die Blutkuchenextrakte, die zuerst inaktiviert und nachher zentrifugiert wurden, und nicht umgekehrt.

Die Dauer des Zentrifugierens ist von großer Bedeutung; man sollte sich an das von DOLD angegebene Minimum (10—15 Minuten) halten.

Die von uns erhaltenen Ergebnisse zusammenfassend kann gesagt werden: Die Blutkuchen-WR kann in allen Fällen, wo das Serum zur Anstellung der WR nicht ausreicht, empfohlen werden.

Literatur

1. DOLD, Kl. W., 1926, Nr. 35. — 2. PALEVICI, (Refer.) Zbl. f. Bakt., 1927, Nr. 11/12. — 3. SPRANGER, Klin. W., 1926, Nr. 20. — 4. GROSS, M. m. W., 1927, Nr. 8.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archives of Dermatology and Syphilology

1928, Bd. 17, Nr. 3

The Ever Changing Therapy of Syphilis (Die immer wechselnde Therapie der Syphilis), von W. L. Mac Bride und Ch. C. Dennie-Kansas City. S. 293. Überblick über die verschiedenen im Laufe der Jahrhunderte bisher verwendeten antisyphilitischen Heilmittel bis zur modernsten Behandlung der Paralyse mit Malaria. Den Erfolg intralumbaler Behandlung führt Verf. auf die Entlastung durch die Liquorentnahme zurück. Verf. kommt zu dem Schluß, daß das Idealheilmittel der Syphilis noch nicht da sei, daß aber die kräftige Behandlung im Frühstadium ausschlaggebend für einen günstigen Verlauf der Syphilis sei.

Hepatitis of Early Syphilis: Blood Bilirubin Determinations as a Possible Aid in Diagnosis and as a Guide to Treatment; Report of a Case (Hepatitis der Frühsyphilis: Bilirubinbestimmungen des Blutes als Hilfe in der Diagnose und als Führer in der Behandlung; Bericht über einen Fall), von J. A. Elliott und L. C. Todd. S. 299. Bei einer unbehandelten Lebersyphilis der Sekundärperiode wird die quantitative und qualitative Bestimmung des Bilirubingehaltes im Blut (erstere zuerst von Meulengracht, letztere von van den Bergh angegeben) während einer Wismutkur bis zum Abklingen des schweren Bildes durchgeführt. Nach den ersten beiden Wismutinjektionen wird der Zustand des Pat. desolat; erst nach der dritten Injektion beginnt der Ikterusindex zu sinken und geht, entsprechend der weiteren Genesung, immer weiter zurück. Die Bilirubinbestimmung im Blute bietet eine wertvolle Handhabe für Diagnose und Prognose derartiger Fälle. Verf. untersuchte noch 25 Fälle von Frühsyphilis während der Behandlungszeit; 22 hatten stets einen normalen Bilirubingehalt, während 3 im Beginn der Kur einen erhöhten Bilirubingehalt aufwiesen. Gerade Wismut scheint das beste Mittel zur Ausheilung der Lebersyphilis zu sein.

Digitized by Google

Acute Syphilitic Phlebitis (Akute syphilitische Venenentzündung), von H. Morrow und N. N. Epstein-San Francisco. S. 309. Für die Diagnose einer syphilitischen Phlebitis spricht der Mangel aller konstitutionellen und lokalen Entstehungsgründe, die Multiplizität der Venenerkrankung, die Neigung zum Rezidivieren und das Fehlen der Embolusbildung, die bei Syphilis ganz ungewöhnlich wäre, und besonders das prompte Ansprechen auf die spezifische Therapie. Verf. berichtet über eine akute syphilitische Phlebitis, die im vierten Monat nach der Infektion zuerst in der linken Wade, dann in der rechten auftrat. Spezifische Therapie führte zu wesentlicher Besserung; es kam aber zu einem Rezidiv bei Aufnahme der Arbeit. Begünstigend für die Phlebitis war der Umstand, daß Pat. Alkoholiker und von Beruf Schmied war.

The Reliability of the Kolmer-Wassermann Reaction in Pregnancy (Die Zuverlässigkeit der Kolmer-Wassermann-Reaktion bei Schwangeren), von A. W. Stillians-Chicago. S. 318. Mit der Kolmerschen Reaktion, einer Modifikation der WR, glaubt Verf. zu den sichersten Resultaten zu kommen, besonders bei der Untersuchung von Schwangeren. Von 6954 weißen Frauen hatten 6% positive WR, von 814 Negerfrauen hatten 19,2% positive WR. Falsche positive Resultate gab es in 2,5% der Fälle.

The Effect of Extremely Hot Baths in Experimental Syphilis: Further Studies (Die Wirkung extrem heißer Bäder bei experimenteller Syphilis: Weitere Studien), von J. F. Schamberg und A. Rule-Philadelphia. S. 322. Die von Verf. früher beobachtete Wirkung, daß eine Suspension von Spirochäten, die eine Stunde bei 41° im Wasserbad gewesen, nicht mehr infektiös war, hat sich bei weiteren Studien nicht bestätigt. Nur die Inkubationszeit verlängerte sich bei den mit den erhitzten Spirochäten geimpften Kaninchen bis zum 59., ja bis zum 88. Tage. Wahrscheinlich wird die Dauer der Wärmeeinwirkung auf die Spirochäten verlängert werden müssen, um deren völlige Abtötung zu erzielen. Versuche darüber sind noch im Gange. In einer anderen Arbeit hatte Verf. nachgewiesen, daß experimentelle primäre Syphilis durch heiße Bäder ausgeheilt werden soll. Sekundäre Syphilis experimentell hervorzufen gelang nur bei einem von 15 Kaninchen. Die Anzahl der bei Primärsyphilis gegebenen heißen Bäder (15) genügte nicht zur Ausheilung der Lues II. Es wurden auch therapeutische Versuche mit heißen Bädern bei Syphilitikern in verschiedenen Stadien gemacht. Die Erfahrungen hierüber sind noch zu gering, um ein abschließendes Urteil zu erlauben.

Intravenous Injections of Bismuth Compounds in the Treatment of Syphilis: Their Use Clinically and in Experimental Syphilis in Rabbits (Intravenöse Injektionen von Wismutverbindungen bei der Behandlung der Syphilis: ihre klinische Anwendung und ihr Gebrauch bei experimenteller Kaninchensyphilis), von J. V. Klauder-Philadelphia. S. 332. Auf Grund ausführlicher experimenteller und klinischer Beobachtungen kommt Verf. zu dem Urteil, daß intramuskuläre Wismutinjektionen zwar weniger stark wirksam in der Einzeldosis, in der Dauerwirkung aber ganz ausgezeichnet sind. Intravenöse Wismutinjektionen sollen hauptsächlich bei Frühsyphilis angewandt werden, wo eine prompte und weniger toxische Wirkung notwendig ist und besonders auch bei salvarsanresistenten Fällen. Am besten sind intravenöse und intramuskuläre Injektionen abwechselnd zu geben.

Colloidal Gold: A Method for the Preparation of the Colloidal Gold for the Lange Test on Cerebrospinal Fluid (Kolloidales Gold: Eine Methode zur Herstellung des kolloidalen Goldes für die Langesche Reaktion im Liquor cerebrospinalis), von S. L. Leiboff-New York. S. 380. Da Gold leicht durch organische und anorganische Substanzen Veränderungen erleidet, ist die Herstellung einer geeigneten kolloidalen Goldlösung für die Langesche Reaktion sehr schwierig. Verf. stellt eine konstante Goldlösung durch Reduktion einer alkalischen Goldchloridlösung vermittels Traubenzucker her. Außerdem wird eine Methode für die Titration kolloidalen Goldes geschildert, um die Langesche Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit zu vervollkommnen.

Clinical Studies on the Kahn Reaction. IV. Specificity of Reaction in Febrile Diseases (Klinische Beobachtungen über die Kahnsche Reaktion. IV. Spezifizität der Reaktion bei fieberhaften Erkrankungen), von Jui-Wu Mu und H. L. Keim-Peking, China. S. 387. Bei 106 Pat. mit Pneumonie, Typhus und Febris recurrens, bei denen auf der Höhe des Fiebers und später in 5—20tägigem Abstand eine Blutuntersuchung nach Kahn und nach Kolmer angestellt wurde, gingen beide Reaktionen parallel und führten zu spezifischen Resultaten. Die Kahn-Modifikation war noch sicherer als die Kolmersche. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Fungi and Fungous Diseases (Pilze und Pilzkrankheiten), von A. Castellani-New Orleans. S. 354. Pruritus ani kann nach Castellani auch durch Pilze der Gattung Epidermo-

Digitized by Google

phyton hervorgerufen werden. Sekundärinfektion mit Streptokokken und anderen Bakterien tritt später ein. C. fand als Erreger meist Epidermophyton inguinale und rubrum, seltener Pilze der Gattung Trichophyton. Monilia- und andere Hefearten sowie Bakterien, die naturgemäß auch hierbei nachgewiesen werden können, sind nach C. als sekundär zu betrachten. Das Leiden kann exzessiv chronisch sein; vor allem kann es bei nervösen Personen auch dann weiterbestehen, wenn die Pilze verschwunden sind. Castellani fand bei der Tinea imbricata, die in den Tropen weitverbreitet ist, Pilze, die nicht in die Haarfollikel eindringen und keinerlei Eiterung hervorrufen und die er unter die Gattung Endodermophyton zusammenfaßt; ihre Kulturen ähneln etwas der Gattung Achorion. Die Gattung umfaßt vier Arten: Endodermophyton tropicale, indicum, concentricum und mansoni. Mittels junger Kulturen kann man beim Menschen das klinische Bild reproduzieren. Junge Leute werden meist ergriffen, Männer mehr als Frauen. Interessanterweise konnte Manson feststellen, daß die Erkrankung sich häufig in solchen Gegenden findet, in denen Kokosbäume sich gut entwickeln können; Castellani kann diese Ansicht auf Grund seiner Beobachtungen bestätigen. Die Affektion hat die verschiedensten Namen: Tokelau oder Tamana (nach Ländern, in denen sie sich häufig findet), Le Pita (nach dem Eingeborenen, der die Erkrankung im Jahre 1850 nach Tokelau einschleppte), tropische Ichthyosis, Herpes farinosus, desquamans, Dermatomycosis chronica exfoliativa, Tinea imbricata, Aspergillosis Wehmer, Lepidophytosis Tribondeau, Herpes Turner, Herpes Manson, Gugo, Cascado, Buckwar. Symptome: Zunächst ein oder mehrere, rundliche oder ovale, dunkelbraune Stellen, die meist an den Armen, im Nacken oder im Rücken sitzen. Nach kurzer Zeit wird jede Plaque im Zentrum aufgesplittert; peripherwärts breitet sich konzentrisch ein feiner Schuppenring aus, der sich vergrößert; daneben entsteht hier ein anderer brauner Fleck, der genau die gleiche Involution aufweist. Die Schuppen sind trocken, gelbbraun. Starkes Jucken, das durch Verabfolgung bestimmter Nahrungsmittel gesteigert wird, so z. B. durch getrocknete Fische. Neben dem Typ des konzentrischen Wachstums findet man des öfteren einen mehr diffusen und unregelmäßigen. Das klinische Bild all dieser Erkrankungen ist im allgemeinen charakteristisch; die Diagnose kann nach mikroskopischer Untersuchung in jedem Falle gestellt werden. Spontaninvolution kommt nie vor; Behandlung sehr schwierig, Rezidive häufig. Resorzinol gelöst in Benzoetinktur oder Chrysarobinsalben bewährten sich am besten; Jod hat keinerlei Erfolg, ebensowenig Röntgenbehandlung. In Honduras und Panama beobachte C. mehrere Fälle von Pinta oder Carate. Gelbe Pinta: hierbei findet man einen Pilz, der der Malasezzia tropica entspricht, oder aber man findet wenig hefeartige Körper oder auch gar keine Pilze. Diese letzteren Fälle entsprechen vielleicht in Wirklichkeit beginnenden trophischen Hautstörungen, die sich in Depigmentation äußern. Neben der gelben Pinta unterscheidet man noch andere Arten: Flecken von schwarzer oder bronzeartiger Hyperpigmentation, die im Niveau der Haut liegen und nicht jucken. C. schreibt den verschiedenen hierbei gefundenen Pilzen keine Bedeutung zu; nach ihm entsprechen derartige Verfärbungen etwa unseren Chloasmen. Weiterhin beobachtet man Hyperpigmentationen, bei denen Pilze der Gattungen Atrichophyton und Epidermophyton nachweisbar sind; die Läsionen sitzen in der Regio inguinalis, im Nacken und Rücken. Castellani erinnert an seine Beobachtungen, daß chronische Pilzerkrankungen in manchen Fällen zu Pigmentverschiebungen im Sinne einer Steigerung oder Hemmung der Pigmentbildung führen können und daß derartige Pigmentfehler nach Schwinden der Pilze bestehen bleiben können. Endlich unterscheidet C. noch eine schwarze, durch Cladosporium mansoni hervorgerufene und eine weiße, amykotische oder auch mykotische (trophische bzw. durch die Chronizität des Prozesses depigmentierte) Tinea. Akladiose, durch das Acladium castellani Pinoy 1916 hervorgerufen, wurde in Ceylon beobachtet. Histologisch drei Typen: tuberkuloider Typ mit Riesenzellen, syphiloider Typ und polymorphe Bilder. Die Läsionen fehlen im Gesicht, auf dem Kopf, an Handtellern und Fußsohlen. Die Ulzera sind scharf begrenzt, mit granulierendem Grund, rund oder oval. In manchen Fällen findet sich eine starke Eiterung; daneben sieht man furunkuloide und gummaähnliche Bilder. Die oberflächlichen Lymphdrüsen sind meist vergrößert. Allgemeinbefinden nicht sonderlich gestört, die Läsionen schmerzen kaum. WR negativ. Diagnose nur kulturell möglich; sehr oft wird die Erkrankung mit Sporotrichose oder Lues verwechselt. Spontaninvolution kommt nicht vor; Behandlung: Jod intern.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Digitized by Google

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1928, Bd. 40, Nr. 3

Gastric Secretion and Other Digestive Factors in Rosacea (Magensekretion und andere Verdauungsfaktoren bei Rosazea), von S. R. Eastwood, South London Hosp. S. 91 u. Nr. 4, S. 148. Rosazea ist ein Zustand, welchen Verf. als chronische Kongestion der Gesichtshaut definiert, die hauptsächlich die zentralen zwei Drittel des Gesichts befällt und zu permanenter Gefäßerweiterung dieser Körperstelle führt. Papulöse und pustulöse Eruptionen, ekzematöse Abschuppung, Erkrankung der Schweißdrüsen usw. sind nur Komplikationen der Gefäßerweiterung, welche allein die wirkliche Rosazea bildet. Im ganzen hatte Verf. 63 Fälle, wovon 46 weibliche und 17 männliche, beobachtet; 50 davon (38 weibliche und 12 männliche) unterzogen sich den Probemahlzeiten. In ungefähr der Hälfte der Fälle war überhaupt verringerte Sekretion (des Magensaftes) festzustellen; Salzsäure hatte aber in einer weit größeren Anzahl der Fälle, als dieser Hälfte entsprechen würde, einen guten Behandlungserfolg. Irgend eine Verdauungsstörung wurde in 84% der vollständig studierten Fälle gefunden; was immer auch die Art dieser Störung war, so fiel deren Besserung immer mit einer Besserung der Rosazea zusammen. Übermäßiger Genuß von Kohlehydraten bei den Mahlzeiten ist ein fast regelmäßiger Befund. Der Blutdruck wurde niedriger als bei gesunden Leuten gefunden. Irgend ein lokaler Eiterherd scheint ätiologisch oder bezüglich Andauer der entwickelten Rosazea Bedeutung zu haben.

Fluorescence: Particularly in Dermatology (Fluoreszenz, speziell in der Dermatologie), von H. Goodman-New York City. S. 105. Kallöse Haut erscheint unter dem Einfluß von filtriertem Ultraviolett sehr weiß — differentialdiagnostisch von großer Bedeutung. Spezielle Forschungen wurden sodann gemacht wegen der Möglichkeit, Mikrosporoninfektionen des Haares zur genauen Diagnose zu bringen; ein bezüglicher Fall, wo Chloasma des Gesichts zuerst angenommen wurde, ergab unter filtriertem Ultravioletttlicht und der späteren klinischen Beobachtung Pityriasis versicolor. Reinkulturen verschiedener Tineaarten zeigten Verschiedenheiten in der Fluoreszenz, und G. hofft, hierin mit weiteren bezüglichen Forschungen für diese pathogenen Pilze eine gute Differenzierung zu erhalten. Auf dem Felde der Dermatologie, Syphilidologie, Hautmykosen und möglicherweise auch der malignen Neubildungen scheinen sich mit der Anwendung der Fluoreszenz (ultraviolettes Filter mit der Quecksilberquarzlampe als Quelle) „große Dinge" vorzubereiten.

1928, Bd. 40, Nr. 4

An Experimental Study of the Pityrosporon of Malassez: Its Morphology, Cultivation and Pathogenicity (Eine experimentelle Studie des Pityrosporon Malassez: seine Morphologie, Reinkultur und pathogenen Eigenschaften), von J. M. H. Macleod und G. B. Dowling. S. 139. Von Malassez zuerst im Jahre 1874 beschrieben, wurde dieser Pilz später von Unna als Flaschenbazillus oder Bacillus asciformis, von Hodara als Ballon- und von Sabouraud ebenfalls als Flaschenbazillus bezeichnet; da es sich aber nicht um einen Bazillus handelt, so möchten Verff. obige Bezeichnung vorziehen, da der Pilz vor allem eine schuppige Dermatitis hervorruft (Pityrosporon). Das Pityrosporon wurde bei einfacher Pityriasis, bei öligem Kopfgrind, bei Seborrhoea circinata, im Kopfe, evtl. in der Hülle von Komedonen usw. gefunden. Der Organismus ist pathogen auf der Haut und behaartem Kopfe des Menschen, kommt entweder allein oder in Symbiose mit anderen Bakterien (Mikrobazillus von Sabouraud) vor und ist nicht pathogen bei Ratten, Mäusen, Kaninchen und Meerschweinchen. Das seborrhoische Ekzem ist eine reine Pilzinfektion mit dem Pityrosporon Malassez. Wie andere Pilze wächst es am besten bei Individuen mit feuchter, fettiger Haut und an Stellen, welche besonders feucht und warm sind, wie Achselhöhlen, Zwischenfingerfalten, behaarter Kopf, prästernale und interskapulare Gegend. Das Wachstum des Pityrosporon wird durch Bedingungen begünstigt, welche erhöhte Tätigkeit der Schweißdrüsen hervorrufen, wie Tätigkeit in warmen Räumen oder das Tragen warmer, wollener Unterkleidung. Es muß als wahrscheinlich angesehen werden, daß das Pityrosporon nicht nur für die charakteristischen Formen des seborrhoischen Ekzems verantwortlich, sondern eine nicht ungewöhnliche Ursache des Pruritus in der Analfalte und der skrotalen und inguino-kruralen Dermatitis (Intertrigo) ist.

M. Stern-München.

Digitized by Google

The British Journal of Venereal Diseases

1928, Bd. 19, Nr. 1

Neurosyphilis, von G. Riddoch. S. 1. Man hat gelernt, durch langdauernde, richtige Behandlung unerwartet gute Erfolge zu erreichen. Besonders ist bei früher Diagnose der Tabes die Prognose eine gute. Dazu sind neben Pupillendifferenzen die Ellbogenreflexe und Sensibilitätsstörungen auf der Nase besonders zu beachten, die früher auftreten als Kniesehnenreflexstörungen und Änderungen der Rumpfsensibilität. Neben Salvarsan, Jod und Hg hat sich bei Tabes Wismut besonders bewährt. Bei Paralyse wurde mit Malariakuren sehr viel erreicht. Die Behandlung der Neurosyphilis soll mindestens 2—3 Jahre dauern mit Intervallen von 1—3 Monaten; doch sollte die Beobachtung möglichst dauernd fortgesetzt werden. Besonders wichtig ist die Diätetik und physikalische Hygiene: viel Schlaf und Ausruhen nach jeder Anstrengung; Tabak und Alkohol sollten ganz gemieden werden. Bei Frauen ist die Empfängnisverhütung unbedingt nötig.

„The Prognosis and Treatment of Neuro-Syphilis" (Prognose und Behandlung der Neurosyphilis). Diskussion. S. 14. Wismut mit großen Dosen Jodkali kombiniert hat sich bei Neurosyphilis besonders bewährt. Ein Zeichen der guten Wirksamkeit der spezifischen Behandlung ist die große Seltenheit von ataktischen Fällen in den neurologischen Kliniken. Bei Paralyse hat man außer mit den Malariakuren mit Saprovitan ausgezeichnete Erfolge erzielt.

An Experimental Study of Some Bismuth Compounds of Arsenic Acids from the Point of View of their Therapeutic Action in Experimental Syphilis and Spontaneous Spirochaetosis of the Rabbit (Experimentelle Arbeit über die therapeutische Wirksamkeit einiger Arsen-Wismutsalze bei experimenteller und spontaner Kaninchensyphilis), von C. Levaditi, Pasteur-Inst. Paris. S. 25. Bei der Kaninchensyphilis wurden mit dem löslichen Bistovol bei innerer wie intramuskulärer Anwendung Erfolge erzielt, die die Wirkung des Stovarsols und unlöslichen Bistovols weit übertreffen. Die Anwendung beim Menschen ist daher gerechtfertigt. Die Wirkung des Bi-Arsenilat ist ähnlich, aber geringgradiger; doch ist die intramuskuläre Anwendung in öliger Suspension völlig schmerzlos. Von der Anwendung des Bi-Tryparsamids verspricht man sich besondere Vorteile bei tertiärer Syphilis und Erkrankungen des Zentralnervensystems. Über die Erfolge beim Menschen wird gemeinsam mit Fournier berichtet werden.

Yaws (Framboësie), von P. H. Manson-Bahr-London. S. 44. Der Erreger der Framboësie, die Spir. pertenuis, ist von der Spir. pall. nicht zu unterscheiden. Die Übertragung erfolgt zumeist nicht durch Geschlechtsverkehr, und eine kongenitale Infektion wird bestritten. Im Sekundärstadium ist die WR positiv. Außer den auch bei Lues vorkommenden Tertiärerkrankungen wird die Gangosa, eine destruierende Rhinopharyngitis, und Goundou, eine zur Seite der Nase lokalisierte Leontiasis ossea, genauer beschrieben. Auch die juxtaartikulären Knoten werden als typische Folgen der Framboësie beschrieben. Heilung der Framboësie kann schon durch dreimal 0,6 g Salvarsan oder durch drei Bi-Injektionen erfolgen. Auch genügen 15 mal 1 g Stovarsol innerlich zur Heilung.

Yaws and Syphilis (Framboësie und Syphilis), von H. S. Stannus. S. 55. Die Abgrenzung von Framboësie und Syphilis ist keine gesicherte. Man hat gewöhnliche syphilitische Kondylome im heißen Klima zu typischer Framboësie sich entwickeln sehen. Neben dem Stovarsol sind Injektionen eines Arsensalzes, Halarsol, bei Framboësie besonders wirksam.

Yaws (Framboësie). Diskussion. S. 64. Alle Kasuistik gibt keine klare Unterscheidung zwischen Framboësie und Syphilis; selbst die juxtaartikulären Knoten sind auch als Folgen der Syphilis beobachtet worden. Nur serologisch-biologische Differenzen zwischen Spir. pertenuis und Spir. pall. können zur Klärung führen.

Gonorrhoea of the Rectum (Rektalgonorrhoe), von B. A. Gorash, Urol. Hosp. Leningrad. S. 74. Die Diagnose der Rektalblennorrhoe wird viel zu selten gestellt, weil die Krankheitserscheinungen manchmal sehr gering sind. Sie kann entstehen durch direkte Infektion oder durch Ansteckung von Harnröhre und Scheide aus oder durch Durchbruch von Abszessen der Prostata, Samenblase oder einer Pyosalpinx. Die Diagnose wird am besten durch Untersuchung der bei einer Spülung gewonnenen Flocken gestellt. Warme Spülungen und Eingüsse von warmem Paraffin sowie warme Protargollösungen haben sich im akuten Stadium gut bewährt. Im chronischen Stadium muß durch lokale Ätzungen mittels Rektoskop oder Urethroskop nachgeholfen werden. Diathermie ist vielfach von Nutzen. Bei Strikturen genügt zumeist eine Bougiebehandlung.

F. Rosenthal-Berlin.

Digitized by Google

The Urologic and Cutaneous Review

Februar 1928, Bd. 32, Nr. 2

Deep X-Ray Therapy of Basal Celled Epithelioma Involving Cartilage (Röntgentiefenbehandlung des Basalzellenepithelioms mit kartilaginöser Umwandlung), von H. Flecker-Heidelberg, Viktoria (Australien). S. 69. Die Röntgentiefenbehandlung hat vor der chirurgischen Behandlung beim Basalzellenepitheliom den Vorteil, daß sie speziell das krankhafte Gewebe angreift und das gesunde schont; sie ist in frischen Fällen die Methode der Wahl. Bei kartilaginöser Umwandlung sind von manchen Seiten Bedenken geäußert, ob hier eine genügende Einwirkung durch die Bestrahlungen stattfinden könne, doch ist dies bei geeigneter Dosierung sehr wohl der Fall.

Multiple Hemorrhagic Sarcoma of Kaposi. Report of a Case (Multiples hämorrhagisches Sarkom Kaposi. Bericht eines Falles), von E. K. Stratton-San Francisco, Kalif. S. 71. Der histologische Befund war der bei der Erkrankung gewöhnliche. Die als ätiologisch bedeutsam öfters erwähnten Zirkulationsstörungen und Kälteeinwirkungen hatten auch hier vorgelegen. Mit Rücksicht darauf, daß an dem primären Herd keine Ulzeration auftrat und Kachexie nicht vorhanden war, kann die Krankheit nicht als wahres Sarkom betrachtet werden.

Black Tongue (Lingua nigra) (Schwarze Haarzunge), von H. J. Templeton-Oakland, Kalif. S. 75. In dem beobachteten Falle trat sehr schnelle Heilung unter Anwendung von Merkurochrom ein. Es kann das für die Theorie verwertet werden, daß die Erkrankung mykotischer Natur ist.

Food and Climate in Relation to Skin Diseases (Nahrung und Klima in ihren Beziehungen zu Hautkrankheiten), von A. Davidson-Los Angeles, Kalif. S. 76. Der allgemeine Gebrauch öffentlicher Bäder hat zu weit verbreiteten Epidemien mykotischer Ekzeme an den Füßen geführt. Pityriasis versicolor ist mit dem Fortfall wollener Unterwäsche fast verschwunden, hingegen Pityriasis rosea häufiger geworden, was vielleicht damit zusammenhängt, daß durch den ausgedehnteren Gebrauch heißer Bäder die Haut ihrer bedeckenden Schutzstoffe beraubt wird. Der wohltätige Einfluß der Sonnenstrahlen zeigt sich in dem fast völligen Fehlen von Lupus vulgaris in Süd-Kalifornien. Jedoch findet man Tuberkulide, Lupus erythematosus ziemlich häufig. Das Kinderekzem ist ausschließlich eine anaphylaktische Reaktion. Mit am häufigsten sind Hauterscheinungen nach Tomaten; überhaupt muß gegenüber vegetarischen Bestrebungen betont werden, daß gerade bei Ekzemen, wenn sie nichtmykotischer Natur sind, Süßigkeiten und Zerealien eine große Rolle spielen. Die weiße Rasse hat sicher noch keine genügende Gewöhnung an vegetarische Diät erlangt.

Rare Tumours of the Ureter, Observed in Cystoscopic Examinations (Seltene Geschwülste des Ureters, bei zystoskopischer Untersuchung nachgewiesen), von A. Takhashi-Niigata, Japan. S. 78.

Francisco Diaz, A Pioneer in Urology (Francisco Diaz, ein Pionier der Urologie), von A. Allemann-Washington, D. C. S. 79. Diaz, der im 16. Jahrhundert lebte und als einer der Väter der Urologie gelten kann, ist fast ganz in Vergessenheit geraten. Die Erinnerung an ihn und sein Werk wird hier aufgefrischt. (Vgl. dazu den Artikel von F. Lejeune in Derm. W., 1925, S. 516.)

Experimental Hydronephrosis — a New Approach (Experimentelle Hydronephrose — ein neuer Versuch), von Z. Kairis-Berlin. S. 80.

Urethral Irrigating Nozzle (Irrigationsröhre für die Harnröhre), von R. L. Schulz-Los Angeles, Kalif. S. 83. Das abgebildete Röhrchen soll für den Pat. angenehmer sein als die üblichen und die Spülungen erleichtern. Es hat ein abgerundetes Ende, das in die Harnröhre eingeführt wird und dahinter eine kugelige Anschwellung, die sie verschließt.

A New Meatus Clip (Eine neue Klemme für die Harnröhrenmündung), von W. S. Tatum-Brooklyn, N. Y. S. 84. Beschreibung mit Abbildung.

Moonshine Urethritis. Denatured Alcohol Urethritis („Mondschein"-Urethritis. Urethritis durch denaturierten Alkohol), von B. N. Novy-Chicago, Ill. S. 84. Erscheinungen einer akuten Urethritis anterior und posterior mit schleimigem oder schleimigeitrigem Ausfluß, Urin in beiden Portionen wolkig getrübt. Das Sekret besteht aus Epithelien, Schleim, wenig Eiterzellen und gewöhnlichen Harnröhrenbakterien. Behandlung wie bei sonstiger Posterior. Diese Formen werden nicht durch Alkohol als solchen, auch nicht in konzentrierter Form, hervorgerufen, sondern durch chemische Substanzen, die ihm zugesetzt sind, um ihn für den Genuß unbrauchbar zu machen. Trotzdem wer-

Digitized by Google

den unter Umständen auch Haarwässer, Parfüms usw. getrunken, wodurch dann derartige Entzündungen entstehen können.

Rosacea and Gastric Analysis (Rosazea und Analyse des Mageninhaltes), von F. N. Grintschar und V. A. Rachmanoff-Moskau. S. 85. Die Befunde bei Acne rosacea waren ziemlich regelmäßig übereinstimmende: Herabsetzung der Gesamtazidität bei 86% der Fälle, jedoch nur bei 12% der Kontrollfälle, Herabsetzung der freien Salzsäure bei 24%. Verminderte Azidität kann also bei der Rosazea fast als Regel betrachtet werden; die hierauf basierte Behandlung führte ohne örtliche Behandlung zu sichtbarem Erfolge.

The Evolution of Syphilis Therapy (Die Entwicklung der Syphilisbehandlung), von A. Grandjean-Paris. S. 88. Überblick.

The Treatment of Pityriasis Capitis (Die Entwicklung der Pityriasis capitis), von C. Cronquist-Malmö. S. 89. In Ergänzung zu einem in der Märznummer des vorigen Jahres (Ref. diese Wschr., 1927, Bd. 84, S. 785) erschienenen Aufsatz wird jetzt eine unter dem Namen Mitador hergestellte Verbesserung des Mitigals (Kombination mit Benzoylazetylglykol) empfohlen.

Importance of Bladder Irrigations in Phenol-Sulphon-Phthalein Determination in Individuals with Retention Catheters (Bedeutung der Blasenspülungen bei der Phenol-Sulphon-Phthaleinbestimmung bei Personen mit Dauerkatheter), von Ch. S. Levy-Baltimore, M. D. S. 90. Die beschriebene Methode gewährleistet ein Urteil darüber, ob die Phenol-Sulphon-Phthaleinprobe bei dem Pat. gleichmäßige oder wechselnde Befunde gibt. In ersterem Falle kann die Prostatektomie vorgenommen werden.

Tinea of the Feet (Trichophytie der Füße), von H. P. Jacobson-Los Angeles, Kalif. S. 91. Prädilektionsstellen: vierter Zwischenzehenraum, die Fußwölbung, die Gelenkverbindung zwischen Zehen und Ballen, die Ferse. Die Infektion, die durch verschiedene Pilze erfolgen kann, wird durch Verletzungen begünstigt. Ob die Infektion von Person zu Person erfolgt oder durch Gegenstände vermittelt wird, ist noch nicht sicher. Die Erkrankung kann unter verschiedenen klinischen Bildern auftreten, in bläschenförmiger, schuppender, mazerierter, fissuraler, kallöser Form. Bei mehr akuten Zuständen warme Fußbäder mit Kal. permangan. sowie Umschläge damit; als eigentliche Heilmittel kommen u. a. Merkurochrom, Salizylsäure, Benzoesäure, Chrysarobin, Wismut + Resorzin + Naphthol in Betracht. Unter Umständen müssen zur Unterstützung Höhensonnen- und Röntgenbestrahlungen herangezogen werden.

A Short Report Concerning the Experimental Production of Hydronephrosis by Means of Sympathectomy Performed upon the Ureter (Kurzer Bericht über die experimentelle Erzeugung der Hydronephrose durch Sympathektomie am Ureter), von P. Blatt-Wien. S. 94.

The New Urethral Electrode (Neue Harnröhrenelektrode), von A. J. Greenberger und M. E. Greenberger-New York. S. 96. Beschreibung mit Abbildung.

What We Can Learn from the Variations of the Venereal Diseases in Sweden (Was wir aus dem Wechsel der Geschlechtskrankheiten in Schweden lernen können), von J. Almkvist-Stockholm. S. 96. Die Kurve der Geschlechtskrankheiten in Schweden zeigt einen sehr unregelmäßigen, häufig wechselnden Verlauf und ist auch keine für die verschiedenen Geschlechtskrankheiten übereinstimmende. Für die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten sind allgemeine Faktoren, günstige Erwerbsverhältnisse, Alkohol usw. nicht ohne Bedeutung; vielleicht spielt aber eine wechselnde Virulenz der Erreger auch eine Rolle. Das gleichzeitig mit Aufhebung der Reglementierung in Schweden in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird in seinen hygienischen Folgen geschildert und die Abnahme der Geschlechtskrankheiten auch zum Teil darauf zurückgeführt, daß mit Hilfe des Gesetzes die neueren wirksamen Behandlungsmethoden weitere Anwendung finden konnten. Wenn das beim Tripper nicht so sehr der Fall ist wie bei der Syphilis, so ist das dadurch zu erklären, daß hier wirklich wirksame Mittel noch fehlen. Keinesfalls darf die große, zeitweise sogar gesteigerte Verbreitung des Trippers auf die Aufhebung der Reglementierung bezogen werden, die überhaupt in Schweden niemals eine wesentliche Rolle gespielt hat.

The Gold Therapy of Psoriasis (Die Goldbehandlung der Psoriasis), von N. Toomey-St. Louis, Mo. S. 101. Zur Verwendung kam ein dem Langeschen Reagens ähnliches bromiertes Goldpräparat mit stärkerem Goldgehalt (Goldtribromid 2,44, Bromwasser 100,0). Die Erfolge sind bei akuten Prozessen besser als bei chronischen. Im allgemeinen kann das Präparat peroral gegeben werden; die intravenöse Einspritzung, die von keinen Nebenerscheinungen begleitet ist, bietet keine Vorteile; die intramuskuläre ist schmerzhaft.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Histologie der Hautkrankheiten, von O. Gans-Heidelberg. 2. Bd. Preis RM. 132.—. Verlag J. Springer, Berlin 1928. Der zweite abschließende Band der Hauthistologie enthält von den Dermatitiden noch die akuten Exantheme und Mykosen, weiter die örtlich übertragbaren infektiösen Neubildungen, die tierischen Parasiten und Fremdkörper, die Kreislaufstörungen, die Entwicklungsstörungen und die echten Blastome einschließlich Literatur und das Gesamtregister. Der Band ist ebenso wie der vorangegangene mit einem reichen, gut ausgewählten, meist farbigen Bilderschmuck ausgestattet, der gegenüber dem ersten weit mehr starke Vergrößerungen einschließt. Wie sehr solche wünschenswert sind, zeigt sich wieder in einzelnen Kapiteln: es sei z. B. auf das der Blastomykose verwiesen. Gerade am vorliegenden Material macht sich oft die Schwierigkeit der systematischen Einreihung mancher Hautveränderungen geltend. Besonders hervorzuheben ist die sowohl dem historischen Entwicklungsgang wie dem heutigen Wissensstand gleich gerecht werdende Darstellung, wobei in klarer Weise unter vorsichtiger, aber zugleich kritischer Wertung die oft stark abweichenden Meinungen der Autoren zur Geltung kommen; vielfach sind dabei eigene Beobachtungen und Erfahrungen eingeflochten. Ref. weist hier auf die schwierigen Abschnitte der Naevi und viele Abschnitte des Geschwulstkapitels hin.

Wir dürfen uns freuen, ein derartiges aus einer Feder geflossenes Werk jetzt vollendet zu besitzen, das unseren heutigen Wissensschatz über das Werden und den Ablauf der Gewebsveränderungen der kranken Haut so umfassend wiedergibt, gerade jetzt, wo wir anscheinend im Abschluß einer Forschungsperiode der Hauterkrankungen stehen, während das Unnasche Werk, allerdings in mehr subjektiver Darstellung, den Anfang dieser Periode markiert. Es war die mutigere Aufgabe, Neuland zu betreten, auf welchem Unna sich eigene Wege graben und ausbauen mußte. Zu Unnas 75. Geburtstag hatten wir uns an anderem Orte so geäußert: „Es wäre schon eine Aufgabe, zu analysieren, wie weit die exakte wissenschaftliche Arbeit Unnas durch ein tägliches Zusammenarbeiten mit weniger schöpferischen, aber ausschließlich kritisch eingestellten Forschern gefördert oder gehemmt worden wäre. Der Determinist wird daran denken dürfen, daß Unnas geniale Konzeptionen gerade durch die splendid isolation geboren wurden, mindestens reiner sich erhalten haben, in ihrer praktischen Ausgestaltung aber auf dem anderen Wege immerhin gewachsen wären." Die schwierigere Aufgabe hatte Gans übernommen. Belastet mit den an Zahl und Art stetig wachsenden ätiologischen und immunbiologischen Problemstellungen, wie sie von echten neuen Erkenntnissen heraufgeführt werden, war dieser dermatologische Boden zu einem — auch genug subjektive Hemmungen bringenden — Dickicht geworden.

Wer immer das Buch in die Hand nimmt, wird zuerst in den Kapiteln blättern, zu deren Themata er selbst sich geäußert und Stellung genommen hat. Er wird, wie erwähnt in Gans einen vorsichtigen — oft vielleicht zu vorsichtigen — Führer finden, aber immer einen gerecht und kritisch abwägenden Beurteiler strittiger und ungeklärter Gebiete. Hier sei z. B. auf das Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum von Kaposi der Blick gelenkt. Ref. hatte aber doch besondere Freude an den Ausführungen über die echten Geschwülste (Blastome). — Am wenigsten wird Gans selbst von dem sehr schwierigen Kapitel der Sarkome befriedigt sein, die sicherlich auch zu den größten, undankbarsten und schwer übersehbaren Aufgaben in dem im Erscheinen begriffenen Handbuch der Hautkrankheiten gehören dürften. E. Delbanco-Hamburg.

Précis de dermatologie, von J. Darier. Verlag Masson et Cie, Paris. Preis: geh. 85 fr., geb. 100 fr. Der Dariersche Abriß der Dermatologie ist in vierter Auflage erschienen. Wir bewundern an dieser Neuauflage die Arbeitsleistung, mit welcher der große französische Dermatologe die Literatur aller Länder verarbeitet hat und seine Kunst, mit wenig Worten alles Wesentliche zu sagen. Dem Fortschritt der Wissenschaft entsprechend, hat das Werk an Umfang zugenommen, 1100 Seiten und 220 Abbildungen; viele Kapitel sind ganz umgearbeitet, neue Abschnitte, wie über das Terrain der Haut und die Prädisposition usw., hinzugekommen. Auch für den deutschen praktischen Dermotologen stellt das Précis von Darier den Führer dar, der schnell und sicher orientiert, ehe man zu umfangreichen Monographien greift. K. Unna-Bergedorf.

Über die Grenzgebiete zwischen Bakterien und Protozoen, von G. Enderlein-Berlin.. Verlag W. de Gruyter & Co., Berlin 1928. Enderlein hat im Jahre 1925 ein revolutionäres Werk über Bakterienzyklogenie herausgegeben, an dessen Bestätigung

Digitized by Google

oder Widerlegung die Schulbakteriologie noch lange zu arbeiten haben wird. Daß aber die Möglichkeit einer Art Generationswechsel auch bei Bakterien besteht, haben die überraschenden Ergebnisse der Würzburger Schule beim Milzbrand ergeben. Enderlein unterscheidet bei Kokken ein „Probasitstadium" mit meist sehr kleinen einzelnen Kugeln (Mychiten) und ein Basoitstadium mit zahlreichen meist größeren Doppelkugeln (Diplomychiten). In gewissem Sinne bestätigt er so beim Gonokokkus die älteren Untersuchungen von Herzog, der einen Mikrogonokokkus (nach ihm identisch mit den Trachomkörpern) und einen Makrogonokokkus, der die Blennorrhoe hervorruft, unterschieden hatte. Enderlein unterscheidet nun bei dem Diplococcus catarrhalis, Meningokokkus, Gonokokkus und Trachomkokkus (von ihm D. Herzogi n. sp. genannt) ein virulentes Stadium (Virostadium), in dem die Keime den Probasitentyp haben, und ein Basoitenstadium, in dem sie im allgemeinen weniger virulent seien. Nur der Gonokokkus habe ein doppeltes Virostadium: als Probasit imponiere er bei Ophthalmoblennorrhoe und in künstlicher Kultur, als Basoit bei Blennorrhoe. Es sei erwähnt, daß Enderlein den Diplococcus catarrhalis für den Erreger des Herpes catarrhalis hält und auch wohl noch an der Erregernatur des Chlamydozoon variolae festhält. E. Jacobsthal-Hamburg.

Ikonographia Dermato-Venerologica. Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von F. Šamberger und K. Hübschmann. H. 8: **Syphilis.** Buchhändl. Alleinvertrieb: Taussig & Taussig, Prag 1928. Die neueste Lieferung des Hautatlasses von Šamberger und Hübschmann behandelt die Syphilis. Die Uvachromaufnahmen sind wieder mustergültig und werden sicherlich die Arbeit der dermatologischen Lehrer wesentlich erleichtern. Ganz besonders vorzüglich gelungen ist die Tafel „Syphilis hereditaria tarda". P. Unna jr.-Hamburg.

Die Ätiologie der bösartigen Geschwülste. Nach dem gegenwärtigen Stande der klinischen Erfahrungen und der experimentellen Forschung, von C. Lewin. Verlag J. Springer, Berlin 1928. Preis RM. 18.—. Die großen Fortschritte, die die experimentelle Krebsforschung in der letzten Zeit gemacht hat und die Fülle der neuen Tatsachen und Erkenntnisse, die die einschlägigen Forschungen gezeitigt haben, machen eine übersichtliche Zusammenfassung und kritische Sichtung des bisher Geleisteten zu einem Bedürfnis. Dieser Aufgabe wird das vorliegende Buch in bester Weise gerecht; wer sich über dieses Gebiet oder Einzelfragen aus ihm unterrichten will, wird hier zuverlässige Auskunft erhalten. Die gewisse Einseitigkeit, die in der Beschränkung auf die Ergebnisse des Tierexperimentes liegt, ist ausdrücklich vom Verf. beabsichtigt. Natürlich verficht L., der selbst auf diesem Gebiete forschend tätig ist, bei aller Objektivität der Berichterstattung doch einen ganz bestimmten Standpunkt in der Lehre von der Entstehung der bösartigen Geschwülste, und zwar ist nach ihm die Virchowsche Reiztheorie die einzige, die durch das Experiment gestützt werden kann. Die geschwulstbildenden Reize können durch physikalische, chemische oder parasitäre Einwirkungen verursacht sein. Doch stellt L. die letzteren durchaus in den Vordergrund. Er ist zwar auch überzeugt, daß kein einziger der bisher beschriebenen „spezifischen" Krebsparasiten mit Recht als solcher gelten kann, hält aber doch an der Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit, daß es einen solchen gibt, fest, sei es, daß alle die gefundenen Organismen Mutationen eines und desselben Erregers sind, sei es, daß sie ihrerseits ein belebtes oder unbelebtes „ens malignitatis" übertragen oder nur Schrittmacher für ein ubiquitäres Virus darstellen. Daß die Bedenken, die trotz aller Tierexperimente gegen eine solche Auffassung bestehen, etwas zu kurz gekommen sind, und daß etwas gar zu wenig auf die Beziehungen zu den im Tierexperiment noch so wenig erforschten gutartigen Geschwülsten Rücksicht genommen wird, kann nicht übersehen werden. F. Wohlwill-Hamburg.

Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von W. Frieboes-Rostock. Lfg. 11. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1928. Preis RM. 10.—. Die Lieferung beginnt mit einer ausführlichen Besprechung der Diagnose und Therapie des Ulcus molle und der Bubonen, denen Verf. kurz die verschiedenen Balanitisformen und die Feigwarzen anschließt, bei denen er auch ganz besonders die Therapie behandelt. Dann folgt die Lues, der ein besonders großer Raum zugedacht ist. Kurz werden Geschichte der Krankheit und ihrer Erreger besprochen, desgleichen die verschiedenen Methoden zur Darstellung der Spirochäte. Es folgt dann der ausführliche klinische Teil, in dem zunächst die genitalen und extragenitalen Primäraffekte und die sekundäre Lues besprochen werden. Die Bilder ergänzen den Text der vorigen und der jetzigen Lieferung. Es wäre vielleicht zweckmäßig gewesen, neben dem vorzüglichen vorhandenen Spirochätenbilde ein Dunkelfeldbild darzustellen, da die Dunkelfeldmethode wohl für den Praktiker wichtiger und auch gebräuchlicher ist als die Spirochätenfärbungen. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

La syphilis médullaire (Die Rückenmarkssyphilis), von Lortat-Jacob und Poumeau-Delille. Verlag Masson & Cie, Paris 1928. 152 Seiten. Preis 14 fr. Die Verff. geben eine übersichtliche, knappe Darstellung, ein Kompendium, aus dem sich der Praktiker in aller Kürze über die verschiedenen Formen der Rückenmarkssyphilis orientieren kann. Es kommt ihnen besonders darauf an, die Frühsymptome, die therapeutisch gut beeinflußbar sind, auseinanderzusetzen. In den einzelnen Kapiteln werden nach Besprechung der Ätiologie, Pathogenese, Anatomie, der Symptomatologie und der klinischen Formen Prognose, spezielle Diagnose und Differentialdiagnose abgehandelt. Im wesentlichen decken sich die französischen mit den deutschen Ansichten. Von besonderem Interesse ist die Therapie insofern, als man die in Frankreich gebräuchlichen Methoden und Präparate knapp zusammengestellt findet. Ein verhältnismäßig umfangreiches Literaturverzeichnis soll spezielle Studien anregen. W. Kirschbaum-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

d. Serologie

Untersuchungen über die Immunitätsvorgänge bei Syphilis. I. Spirochätenspezifische Antikörper beim Menschen, von H. Kroó und F. O. Schulze, Inst. „Robert Koch" u. Wittenauer Heilst. Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 6, S. 246.) Mit einer Spirochätenaufschwemmung machten die Verff. bei vorher als nichtsyphilitisch festgestellten Menschen intraglutäale Injektionen von verschiedener Stärke. Von diesen Pat. wurden fortlaufend Untersuchungen des Blutes in einer Verdünnung von 1:5, wöchentlich mindestens einmal, auf seine komplementbindende Eigenschaft vorgenommen. Bei der Prüfung mit fünf verschiedenen Extrakten ergab sich, daß nur mit einem Pallidaextrakt in jedem Falle Komplementbindungen eintraten. Und zwar fand sich der Höhepunkt der Komplementbindung am Ende der zweiten oder in der dritten Woche. Bisweilen erreichten dabei die Sera sehr hohe Titer, der allerdings nach Beendigung der Behandlung wieder rasch sinkt. Die gebildeten Antikörper sind streng spezifisch gegen die Pallida gerichtet. Bewiesen wird dies unter anderem auch durch den negativen Ausfall bei der Prüfung mit alkoholischen Extrakten von Rekurrensspirochäten und Naganatrypanosomen. Gleichzeitig mit Spirochätenaufschwemmungen vorgenommene Kutireaktionen ergaben ein Parallelgehen der Kutireaktion und der Serumantikörperbildung. Ferner ergab sich, daß in der allergischen Reaktion der Haut auf Pallidaantigen wohl ein periodisches Verhalten vorliegt. Es ergibt sich aus den mitgeteilten Versuchen des weiteren noch, daß die Komplementbindung mit dem Pallidaextrakt wohl andere Teile des syphilitischen Serums erfassen muß und nachweist als die mit Wassermannextrakt. E. Langer-Berlin.

Die Diagnose der Lues bei Mutter und Kind, von E. Philipp, Univ.-Frauenkl. Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 7, S. 416.) Höchstens ein Sechstel der luischen graviden Frauen weisen klinische Erscheinungen auf. Unter den Seroreaktionen erwies sich als besonders zuverlässig der Meinicke. Er zeigte nie unspezifische Reaktionen und war fünfmal positiv, wo bei vorliegender Lues der Wassermann versagte. In den ersten fünf Schwangerschaftsmonaten wurden bei intakter Gravidität unspezifische Reaktionen nicht getroffen; beim Abort kamen sie vereinzelt vor. Sie verschwinden im Verlauf des Wochenbettes, kommen jedoch auch nach dem siebenten Tage noch vor. Beim Neugeborenen spricht der positive Ausfall der Seroreaktion im Nabelvenenblut mit größter Wahrscheinlichkeit für Lues. Großer Wert wird auf den Spirochätennachweis in Nabelschnur und Plazenta gelegt, wobei von ausschlaggebender Bedeutung für das Gelingen ist, daß die Venenwandung gründlich abgeschabt wird, weil die Spirochäten vornehmlich in der Wand sitzen, während die Untersuchung des Nabelschnurblutes meist negativ ausfällt. Dem Röntgenbild wird nur untergeordnete Bedeutung beigemessen, weil bei dem Vorhandensein einer Osteochondritis die Diagnose auch aus anderen Erscheinungen gelingt. F. Landauer-Berlin.

e. Therapie

Die Behandlung der frischen Syphilis, von H. Ruge-Hamburg. (Med. Welt, 1927, Jg. 1, Nr. 45, S. 1662.) Übersichtsreferat, das für den Facharzt nichts Neues bietet. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Digitized by Google

L'activation de la syphilis par le traitement antisyphilitique (Die Aktivierung der Syphilis durch die spezifische Behandlung), von G. Milian. (Paris méd., 1928, Nr. 2, S. 42—48.) Eine Aktivierung der Syphilis kommt sehr häufig durch ungenügende Behandlung zustande (Neurorezidive), in seltenen Fällen bei sehr virulenter Syphilis durch eine mittelstarke Behandlung. Es können dann schwere Erscheinungen (Paraplegien) auftreten, die allerdings nicht eigentlich durch die Behandlung provoziert, aber auch nicht verhindert wurden. Der Fehler liegt oft nicht in zu geringer Dosierung, sondern in zu großen Zwischenpausen; auch ist hier oft Wechsel des Medikamentes wünschenswert. Der größte Teil der während der Behandlung auftretenden Ikterusfälle (90%) stellt das Aufflammen einer latenten Lebersyphilis dar. Daß es sich nicht um einen toxischen Ikterus handelt, beweist der günstige Einfluß verstärkter Salvarsandosen. Die ungenügende Behandlung wird oft durch eine positiv bleibende oder bald wieder positiv werdende WR angezeigt. Unter der Behandlung können nicht nur neue Erscheinungen auftreten, sondern schon geheilte (Gummen am Bein) wieder aktiv werden. Ein sicherer Beweis für die Provokation von Erscheinungen durch die Behandlung ist auch die Reaktivierung der WR. Tritt diese ein, während der Kranke aufeinanderfolgenden Kuren mit verschiedenen Medikamenten unterzogen wird, so ist das Medikament, nach dem sie sich zeigt, für ihn ungeeignet. Eine Resistenz der Spirochäten gegen ein Medikament zeigt sich am häufigsten beim Salvarsan. Syphilitiker ohne Erscheinungen können ohne jede Behandlung besser fortkommen als bei ungenügender.

E. Levin-Berlin.

Syphilisbehandlung und Naturheilkunde, von A. Buschke und E. Langer, Derm. Abt. Rudolf-Virchow-Krankenh. Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 9, S. 358.) Durch die tendenziöse Ausnutzung ihrer Ausführungen in Nr. 13 der D. m. W. von seiten der Schriftleitung der „Biologischen Heilkunst" sehen sich Verff. veranlaßt, nochmals ihren Standpunkt in der Frage der Syphilisbehandlung darzulegen. Es ist selbstverständlich, daß eine Behandlung der Syphilis stattfinden muß. Nur bezüglich der Behandlungsart sind Verff. der Ansicht, daß die Lues, ausgenommen im Frühstadium und in Fällen besonderer Indikation, z. B. Unverträglichkeit von Bi, Hg und Jod, nur möglichst milde behandelt werden darf. Eine intensive Behandlung zerstöre die Abwehrkräfte des Organismus bzw. den Gleichgewichtszustand zwischen Abwehr des Körpers und Erregern im Stadium der Latenz.

F. Harry-Wiesbaden.

Behandlung der tabischen Sehnervenatrophie, von G. Abelsdorff-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jg. 1, Nr. 48, S. 1776.) Die mit Quecksilber-Jodbehandlung erzielten Erfolge sind recht zweifelhaft; Verf. steht auf dem Standpunkt, daß Hg-Behandlung das Leiden sogar verschlimmern kann. Wismut hat ebenfalls keine Erfolge gezeitigt. Über Salvarsanschädigungen wird weniger berichtet; eine Optikusatrophie ist keine Kontraindikation zu einer Salvarsankur. Über endolumbale Salvarsanbehandlung sind die einschlägigen Mitteilungen zu unvollkommen, als daß ein Urteil gefällt werden könnte; das gleiche gilt für die Kombination der endolumbalen Salvarsanbehandlung mit Lufteinblasung. Über den Wert der Malariatherapie gehen die Urteile noch auseinander.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Beitrag zur Frage einer Serumtherapie bei Syphilis, von C. Bruck, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Altona. (Kl. W., 1928, Nr. 2, S. 71.) F. Klopstock-Berlin hat durch mehrmonatige Vorbehandlung eines Pferdes mit Spirochätenreinkultur ein Serum mit dem Agglutinationstiter 1:10000 gewonnen. Verf. hat an zwei Pat. dieses Serum ausprobiert, aber keinerlei therapeutischen Erfolg feststellen können. Nebenerscheinungen waren gering. Also auch hochwertige Immunseren versagen, und es besteht wenig Hoffnung, trotz nachgewiesener Spirochätotoxine und -Lysine mit einer Serumtherapie zum Ziel zu kommen. Die Pat. reagierten später prompt auf die übliche antiluetische Behandlung.

H. Colman-Berlin.

Vom Übergang des zu therapeutischen Zwecken eingeführten Quecksilbers in den Liquor (Sul passagio nel liquor del mercurio introdotto a scopo terapeutico), von V. Barbaglia. (Folia Clin. Chim. et Microscopica, 1927, Bd. 2, H. 7.) An Hand von neun Pat. stellte Verf. fest, daß ohne jede Alteration der Meningen Hg in den Liquor übergeht. Die Art der Hg-Behandlung ist gleichgültig (Injektion von löslichen und unlöslichen Salzen, Einreibung mit Ungt. cin.). Die Lumbalpunktion fand nach 6, 24, 30, 36 und 48 Stunden statt. Es handelte sich meist um Lues II, aber auch um Lues III, congenita und einen Fall von Morbus Recklinghausen. Nur in einem Falle war Hg im Liquor nicht nachzuweisen. Bei diesem fand sich eine sehr starke lokale Reaktion der Injektionsstelle.

H. Colman-Berlin.

Digitized by Google

Beitrag zur internen Jodtherapie, von L. Bonnin-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jg. 1, Nr. 47, S. 1743.) Therapeutische Empfehlung der Jodbiozyme als Adjuvans bei der Behandlung der Lues. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Mécanisme de l'action préventive du bismuth dans la syphilis expérimentale (Die Art der Präventivwirkung des Wismuts bei der experimentellen Syphilis), von C. Levaditi, V. Sanchis-Bayarri und Y. Manin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 36, S. 1687—1692.) In vorhergehenden Untersuchungen mit unlöslichen Wismutverbindungen und mit in Glykose fein verteiltem metallischem Wismut hatte sich gezeigt, daß eine Schutz- und Heilwirkung nur zustande kommen kann, wenn der Wismutgehalt der Gewebe einen bestimmten Grad erreicht. Entsprechende Versuche wurden nun auch mit löslichen oder löslich gemachten Verbindungen angestellt, wobei sich ergab, daß auch hier der Wismutgehalt der Gewebe (besonders der Nieren) die entsprechende Bedeutung hat. Die Schutzwirkung, die bei den unlöslichen Verbindungen 152 Tage betrug, erreicht bei den löslichen indessen nur 31 Tage. Es hängt dies mit der wegen der Toxizität anzuwendenden geringeren Menge metallischen Wismuts und der viel schnelleren und vollständigeren Resorption und Ausscheidung zusammen, wodurch der Metallgehalt der Niere bald sinkt. Eine Schutzwirkung dürfte daher nicht zustande kommen. E. Levin-Berlin.

Salvarsanbehandlung der Syphilis, von D. Feuerstein-Jena. (D. m. W., 1928, Nr. 2, S. 54.) Verf. kann sich auf Grund der Erfahrungen aus seiner Praxis nicht von der Richtigkeit der Hypothesen von Buschke, Gärtner u. a. überzeugen. Von 5 sicheren Paralysefällen sind nur 3 ungenügend mit Hg behandelt, 2 überhaupt nicht behandelt worden. Von 4 Fällen von Aortitis luetica waren ebenfalls 2 nur mit Hg behandelt, 2 unbehandelt. Dagegen sind 2 Luetiker, die mit Salvarsan und Hg ausgiebig behandelt wurden, an verantwortungsvoller Stelle tätig und körperlich wie geistig leistungsfähig. F. Harry-Wiesbaden.

Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Wiegand-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1928, Nr. 1, S. 54.) Im Falle der Salvarsanbehandlung der Syphilis liegt während der behandlungsfreien Zeiten zwischen den einzelnen Kuren, sofern weder Heilbehandlung noch Arbeitsunfähigkeit gegeben ist, eine Krankheit im Sinne des § 182 der Reichsversicherungsordnung nicht vor. Diese Auffassung, daß mehrere in kurzen Pausen aufeinanderfolgende Kuren keine ununterbrochene Krankenhilfe darstellen, ist für den Versicherten insoweit wichtig, daß mit dem Beginne einer jeden Kur die 26-Wochenfrist jedesmal erneut in Kraft tritt. B. Peiser-Berlin.

Salvarsanbehandlung und Tabes, von R. Müller. (W. kl. W., 1928, Nr. 7, S. 236 u. Nr. 8, S. 275.) Im Primär- und Sekundärstadium der Syphilis durchgemachte Salvarsankuren sollen tabesprophylaktische Wirkung haben. Bei fehlender oder gar gegenteiliger Salvarsanwirkung hätte in den letzten Jahren ein Zustrom von Tabikern, die gerade im Kriege ausgiebig mit Salvarsan behandelt worden waren, erfolgen müssen, was nach den Erfahrungen an dem großen Material von Redlich-Wien (seit 1913 426 Fälle) nicht eingetreten ist. W. Kirschbaum-Hamburg.

Congenital Syphilis. Treatment by Intraperitoneal Injection of Neoarsphenamine: Report of Two Years' Work (Kongenitale Syphilis. Behandlung mit intraperitonealen Neosalvarsaneinspritzungen: Bericht über zweijährige Erfahrungen), von C. G. Grulee, H. N. Sanford und P. C. Waldo-Chicago. (Am. J. Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 1, S. 47—58.) Als günstigste Stelle für die Einspritzung ist die Mitte der Scheide des linken Rektus dicht unterhalb des Nabels zu wählen. Verabfolgt werden gewöhnlich 5 ccm einer Lösung von 150 mg in 15 ccm, zunächst 4 Einspritzungen mit 3 Tagen, sodann 4 Einspritzungen mit 7 Tagen Pause. Die Methode kommt besonders in Betracht, wenn schnelle Wirkung erwünscht ist und die Venen schlecht sind. Von 23 Kindern wurden 16 geheilt, 4 gebessert, 3 starben, doch kann nur in einem Falle der Tod auf die Behandlung bezogen werden. E. Levin-Berlin.

Effect of One Hundred Injections of Tryparsamide upon the Spinal Fluid in General Paralysis (Der Einfluß von 100 Tryparsamideinspritzungen auf den Liquor bei progressiver Paralyse), von H. A. Bunker-New York. (Am. J. m. sc., 1928, Bd. 175, Nr. 2, S. 265—272.) Es erscheint noch zweifelhaft, ob die Notwendigkeit vorliegt, in Fällen von wahrscheinlich parenchymatöser Neurosyphilis dauernd zu versuchen, den Liquor negativ zu machen. Wo es wünschenswert erscheint, ist Tryparsamid das Mittel der Wahl für diesen Zweck. Der Erfolg ist aber kaum mit weniger als 80 Einspritzungen zu 3 g zu erreichen; Pat. mit über 100 Einspritzungen zeigten günstigere Befunde. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Erfahrungen mit Myosalvarsan bei Säuglingen, von de Rudder, Univ.-Kinderkl. Würzburg. (M. m. W., 1927, Nr. 50, S. 2143.) Myosalvarsan hat sich bei einer Serie von 70 Injektionen, die 10 Säuglingen und Kleinkindern verabfolgt wurden, als ein ausgezeichnet verträgliches Salvarsanpräparat bewährt, das jegliches größere Infiltrat sowie alle übrigen Nebenwirkungen vollkommen vermissen ließ. In Kombination mit Spirobismol gab es bei einer Dosierung von 0,02—0,1 bis schließlich 0,15 glänzende klinische und serologische Resultate. In 14tägigem Wechsel mit Spirobismol solubile wurden beim Säugling etwa 1,5 g Myosalvarsan während einer Kur injiziert.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Behandlung der Syphilis mit Myosalvarsan, von J. Fabry-Dortmund. (Med. Welt, 1928, Jg. 2, Nr. 1, S. 20.) Lösungsmittel: Sterilisiertes Wasser oder Milchzuckerlösung nach Kolle. 8—10 Tage Intervall zwischen den einzelnen Injektionen. Bei Myosalvarsan ab und zu Infiltrationen, die wenig schmerzen und in etlichen Tagen spurlos verschwinden, niemals Nekrosen. Hauptgebiet der Anwendung: Lues innerer Organe und bei arsenfester Lues. Kontraindikation: Frische Lues, da hierbei die intravenöse Injektion schnellere Ausheilung garantiert. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Technique des injections intra-veineuses et intra-musculaires dans le traitement de la syphilis (Technik der intravenösen und intramuskulären Einspritzungen bei der Behandlung der Syphilis), von G. Milian. (Paris méd., 1928, Nr. 9, S. 211—218.) Im allgemeinen Bekanntes. Die intravenöse Einspritzung von Wismut wird vollkommen abgelehnt. Knoten, besonders nach grauem Öl, können Ursache andauernder Stomatitis sein und müssen dann exstirpiert werden Am besten werden die Einspritzungen in sitzender Stellung, vornübergebeugt, verabfolgt. Zur Verhütung der arteriellen Embolie sollen die Einspritzungen nicht im äußeren Abschnitt des Gesäßes erfolgen. Zur Vermeidung nitritoider Krisen bei intravenöser Einspritzung wird ganz langsam eingespritzt und einige Tropfen Adrenalin zugesetzt. E. Levin-Berlin.

Betrachtungen des Neurologen zur Behandlung der Syphilis, von B. Dattner, Univ.-Kl. f. Psychiatrie u. Neurologie Wien. (W. kl. W.. 1928, Nr. 7, S. 221.) Verf. geht von zwei nicht seltenen Fällen der täglichen Praxis aus, in denen im Spätstadium einer latenten Lues der hartnäckige Serum-Wassermann mit spezifischen Kuren (Hg, Bi, Salvarsan) intensiv behandelt worden ist und wo wenige Wochen darauf der vor kurzem noch unauffällige Pat. mit den schwersten Erscheinungen an Paralyse erkrankte. An Hand von kritischen Überlegungen ergibt sich der zwingende Schluß, daß in der Spätlatenz die Träger positiven Liquors in hohem Maße von metaluischer Erkrankung bedroht sind. Wenn auch nicht sicher ist, daß nicht alle diese Pat. derart erkranken, so ist der Befund positiven Liquors um so bedenklicher, je länger er besteht. Das beste Mittel, hartnäckige Liquoren und WR im Blute zu sanieren, ist die Malariabehandlung, die sogar bei dem allerresistentesten Paralytikerliquor in vielen Fällen parallel mit der klinischen Besserung auch die Befunde der Rückenmarksflüssigkeit zurückbildet. Zur richtigen Erkennung eventueller Gefahren wird Lumbalpunktion mit dünner Lumbalnadel (nach Antoni) auch ambulatorisch in solchen Fällen dringend empfohlen. Ausführliche Tabellen über regelmäßig wiederholte Lumbalpunktionen zeigen, wie sich der Paralytikerliquor mit der klinischen Besserung allmählich saniert. Aus den bei Metaluikern gewonnenen Befunden leitet der Verf. das Recht ab, diese Erfahrungen auf die latente Lues zu übertragen, weil sich seiner Meinung nach der Paralytiker nach einer erfolgreichen Malariakur in der nun einsetzenden Periode — „zweite Latenz" — keineswegs von einem Luiker der Spätperiode mit positivem Liquor unterscheidet. Verf. hält eine spezifische Behandlung in der Spätlatenz vor der Malariabehandlung für schädlich und bringt dafür eine interessante Statistik, aus der hervorgeht, daß spezifisch vorbehandelte Fälle nach der Malariabehandlung sehr viel schlechtere Ergebnisse zeitigten als die nicht vorbehandelten. Wenn er auch zugibt, daß der Neurologe gerade die mit Erfolg behandelten Luiker der Spätperiode, die es zweifellos gibt, nicht zu sehen bekommt, so hält er doch die Gefahr der provokatorischen Wirkung alleiniger spezifischer Behandlung der Lues der Spätlatenz mit Liquorbefunden für groß. In den Fällen, wo eine Malariakur undurchführbar ist, werden unspezifisch-spezifische Kuren mit Tuberkulin-Wismut-Salvarsan empfohlen. Die beachtenswerten Untersuchungen und Ansichten verdienen im Original nachgelesen zu werden. W. Kirschbaum-Hamburg.

Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse, von J. Wagner-Jauregg. (W. m. W., 1928, Nr. 1, S. 19.) Aus dem Jahre 1887 datiert bereits Verf.s Vorschlag dieser Art von Paralysebekämpfung. Seit 1917 führte er die Malariabehandlung systematisch durch. Von 9 in diesem Jahre geimpften Paralytikern leben heute noch

Digitized by Google

10 Jahren noch 3 und sind andauernd berufsfähig. Verf. stimmt mit anderen Autoren überein, daß man durch die Malariabehandlung 20—30% Remissionen mit Wiedererlangung der Berufsfähigkeit erzielen könne. Der Erfolg der Behandlung ist in hohem Grade abhängig von der Dauer der Erkrankung. In Fällen von früh erkannten Paralysen wurden so 84% volle Remissionen erzielt. Die Zahl der Remissionen und wahrscheinlich auch ihre Dauerhaftigkeit ist wesentlich größer, wenn die Malariakur mit energischer antisyphilitischer Behandlung verbunden wird. H. Lippert-Köln.

Malariatherapie, von J. Wagner-Jauregg. (W. m. W., 1928, Nr. 9, S. 275.) Vortrag im Rahmen eines Fortbildungskursus. Von den Erfolgen der Malariatherapie bei Paralyse ausgehend, wird bei fortschreitender Tabes dorsalis, deren Serum- und Liquorbefund durch spezifische Kuren keine Besserung zeigt, Malariakur empfohlen. Jedoch werden Fälle vorgeschrittener Tabes, die nicht oder kaum mehr gehen können, vollkommene Blasenlähmung haben, am besten mit spezifischen oder Fieberkuren verschont. Auch bei sekundärer Syphilis wird zur Sanierung des Liquors von auf spezifische Therapie resistenten Fällen Malariabehandlung angeraten. Bestimmte Indikationen für die Malariatherapie der früh- und spätluischen, echt syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems lassen sich gegenwärtig noch nicht aufstellen.
W. Kirschbaum-Hamburg.

Malaria-quartana-Fieber bei Metalues, von W. Kirschbaum, Psychiatr. Univ.-Kl. Hamburg-Friedrichsberg. (M. m. W., 1928, Nr. 11, S. 469.) Inkubation ist länger als bei Tertiana. Verkürzung durch intravenöse Injektion. Heftig beginnendes, regelmäßiges Fieber, regelmäßige zweitägige Intervalle, geringe Toxizität. Durch die längeren Intervalle dauert die Gesamtbehandlung bis zur Entfieberung etwa 6—8 Wochen. Es bestehen keine immunisatorischen Beziehungen zwischen Tertiana- und Quartanastämmen. Daher Mischinfektionen bedeutungslos für Therapie. Verf. hat 53 Kranke in etwa 7 Jahren mit Quartana behandelt. (Tabellen.) Besondere Erfolge bei tertianaresistenten Fällen. Anzuwenden ist die Quartanabehandlung außerdem bei schwächlichen Personen. Im übrigen soll die Tertianabehandlung die Methode der Wahl bei der Paralyse bleiben. Trotz des leichteren und ungefährlicheren Verlaufs ist die Quartanabehandlung nur stationär durchzuführen. H. Colman-Berlin.

Malariathérapie préventive des syphilis nerveuses (Präventive Malariabehandlung der Nervensyphilis), von H. Gougerot. (Paris méd., 1928, Nr. 9, S. 198—201.) Bei der Frage der präventiven Malariabehandlung der Syphilis fällt zunächst das Vorkommen schwerer Syphilis nach voraufgegangener spontaner Malariaerkrankung auf. Trotzdem kann in solchen Fällen die zur Entwicklung gekommene Paralyse durch Malariabehandlung günstig beeinflußt werden. Die präventive Malariabehandlung kann daher vorläufig noch nicht empfohlen werden, vielmehr soll eine sorgfältige Beobachtung des Kranken eventuell auftretende Zeichen einer Erkrankung der Meningen oder des Nervensystems frühzeitig feststellen und dann eine zunächst aseptische Fieberbehandlung (Vakzine Dmelcos, Nicolle) und erst nach deren Versagen die Malariabehandlung einsetzen. E. Levin-Berlin.

Fünf Jahre Malariatherapie der Metalues, von Schulze, Wittenauer Heilst. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1927, Nr. 24, S. 791.) Bericht über Behandlungsergebnisse von etwa 1000 Kranken, vorwiegend Paralytikern und einigen Tabikern. In 36,2% der männlichen Paralysen wurde eine Vollremission erreicht; in 13,5% trat eine Besserung des paralytischen Krankheitsbildes ein, demnach günstige Beeinflussung in 49,7% männlicher Paralytiker. Bei Frauen wurden nur 28% Vollremissionen gesehen, deshalb, weil die Frauen bei Beginn der Behandlung im Durchschnitt 28,3 Monate erkrankt waren, im Gegensatz zu einer bisherigen Krankheitsdauer von 17,4 Monaten bei den Männern. Die ersten 600 Fälle wurden weder mit Salvarsan noch anderweitig spezifisch nachbehandelt. Die Erfolge waren genau so gut wie mit spezifischer Nachbehandlung.
W. Kirschbaum-Hamburg.

The Therapeutic Mechanism of Malaria Treatment of General Paralysis. Observations on a Case (Der therapeutische Mechanismus der Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Beobachtungen an einem Falle), von W. H. Goeckerman-Rochester, Minn. (Am. J. m. sc., 1928, Bd. 175, Nr. 2, S. 261—265.) Bei einer an progressiver Paralyse leidenden Pat. trat fünf Monate nach der Malariabehandlung ein Spätsyphilid der Haut auf, wie sie es vorher niemals gehabt hatte. Die psychischen Erscheinungen und die Liquorveränderungen zeigten zu dieser Zeit eine wesentliche Besserung. Es wird aus diesem Falle der Schluß gezogen, daß die Wirkung der Malariabehandlung auf eine Mobilisierung von Immunisierungskräften zu beziehen ist. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Traitement du tabes par la malariathérapie (Malariabehandlung der Tabes), von D. Paulian. (Paris méd., 1928, Nr. 10, S. 231—233.) Vor der Behandlung sollen die Kranken einen Monat lang einem kräftigenden Regime (Strychnin) unterzogen werden. Verwendet wurde Tertiana oder Quartana in intravenösen Einspritzungen (2—5 ccm). Während der Fieberanfälle verstärken sich die lanzinierenden Schmerzen und die gastrischen Krisen, um mit dem Fieberabfall eine wesentliche Besserung gegen den vorherigen Zustand zu zeigen. Ebenso werden die motorischen Störungen, die Ataxien, gut beeinflußt. Keine Änderung der Optikusatrophie, der trophischen Störungen. Beeinflussung der serologischen Reaktionen wechselnd. Die Behandlung kann nach 6 Monaten und vielleicht mehrmals wiederholt werden. 9 Fälle. E. Levin-Berlin.

De quelques essais de malariathérapie précoce dans les méningites syphilitiques (Versuche von frühzeitiger Malariatherapie bei syphilitischer Meningitis), von J. Mouzon. (Presse méd., 1928, Nr. 5, S. 69.) Die Besserungen von Paralytikern durch Malariabehandlung berechtigen nicht zu dem Schluß, daß sich durch frühzeitige Malariabehandlung eine Paralyse ausschalten läßt. D. Abel-Lörrach.

Impfmalariabehandlung der Kongenitallues, von I. Hescheles-Lemberg. (Mschr. f. Kinderhlkd., 1927, Bd. 37, H. 4/6, S. 509.) Es wurden versuchsweise 11 Kinder mit angeborener Spätlues einer Malaria-Salvarsankur unterzogen. Diese Kinder wiesen entweder manifeste Symptome des Zentralnervensysetms, d. i. geistig minderwertige Kinder, oder nur positiven Liquor ohne manifeste Nervensymptome auf. Zuletzt wurden auch Fälle mit Keratitis parenchymatosa mit Malaria behandelt. Die Behandlung wurde im allgemeinen gut vertragen, keine Kur mußte vorzeitig abgebrochen werden. Der Verlauf entsprach dem der Erwachsenen. Chinin führte zu prompter Kupierung der Fieberanfälle. Ergebnis: Von 6 liquorpositiven Fällen wurde in 2 Fällen eine bedeutende Besserung, in 2 Fällen eine vollständige Rückbildung, in 2 Fällen keine Beeinflussung der krankhaften Liquorreaktionen nachgewiesen. Die Wirkung auf die serologischen Reaktionen, insbesondere auf die MR, war zweifelhaft. Bei einem zweijährigen Spätluesfall erzielte die Malariabehandlung ein Schwinden aller positiven Reaktionen sowohl im Blute wie im Liquor. Auf die floride Keratitis parenchymatosa wirkt die Malariabehandlung ungünstig. R. Ley-Kreuznach.

Die Malariatherapie der Lues congenita und besondere dabei erhobene Befunde, von K. Kundratitz-Wien. (Mschr. f. Kinderhlkd., 1927, Bd. 37, H. 4/6, S. 501.) Bei 4 Kindern mit Lues congenita ohne sonstige klinische luetische Symptome im Zentralnervensystem, deren pathologische Reaktionen im Blute wie im Liquor jeder Behandlung trotzten, konnte durch die Malariatherapie mit anschließender Neosalvarsan-Wismutkur ein völlig normaler Befund erzielt werden. Durch die gleiche Behandlungsweise sind bei einigen Fällen mit Keratitis parenchymatosa und Gonitis, einem Fall mit Osteoperiostitis tibiae die klinischen Erscheinungen zur Abheilung gekommen und die WR negativ geworden. Nur ein Kind mit Keratitis blieb unbeeinflußt. Der Spirochätennachweis im Blute gelang bei 3 von 7 Fällen während der letzten Anfälle einer Malariakur; er fand seine Bestätigung in einer gelungenen Kaninchenübertragung. Indikationsstellung für Malariabehandlung: Erkrankungen des Zentralnervensystems, Fälle mit hartnäckigem positivem Liquorbefund ohne klinische Symptome, alle durch spezifische Behandlung nicht beeinflußbaren Spätformen, klinisch symptomlose Fälle mit jeder Behandlung trotzenden krankhaften Serumreaktionen. R. Ley-Kreuznach.

Die Bewertung der Linksverschiebung der Neutrophilen bei der Impfmalaria, von B. Spiethoff, Univ.-Hautkl. Jena. (M. m. W., 1928, Nr. 7, S. 296.) Um das Angehen einer Impfmalaria vor dem Fieberausbruch vorauszusehen, hat sich dem Verf. im Blutausstrich die Auszählung der Neutrophilenkerne nach Arneth bewährt. Es muß vor der Impfung jedoch eine Differentialzählung der Neutrophilen vorangegangen sein. Je größer die Linksverschiebung, d. h. der Unterschied zwischen dem Zustande vor und nach der Impfung, um so sicherer ist das Kriterium. Es kommen jedoch auch seltene Fälle vor, wo sich keine Linksverschiebung zeigt und doch die Malaria angeht. Verf. hält die Methode für brauchbar, um festzustellen, ob eine Impfung voraussichtlich angehen wird und ob und wann gegebenenfalls neu geimpft werden soll.
W. Kirschbaum-Hamburg.

Akute Hämolyse nach Chininbehandlung einer Impfmalaria, von K. Westphal, Univ.-Nervenkl. Marburg. (Kl. W., 1927, Nr. 52, S. 2474.) Mitteilung eines Falles, bei dem auf Grund des zeitlichen Zusammenhanges zwischen der Chininbehandlung und der Paralyse eine Chininüberempfindlichkeit als auslösender Faktor der akuten Hämolyse angenommen wird. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Digitized by Google

Studien über Fieberbehandlung in den verschiedenen Stadien der Syphilis, von W. Richter, Chir. Univ.-Kl. u. Polikl. Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 6, S. 222 u. Nr. 7, S. 264.) Verf. gibt eine allgemeine Übersicht über die Theorie der Wirkung der verschiedenen Antisyphilitika und Proteinkörper und führt die Krankengeschichte eines Pat. an, der während einer syphilitischen Infektion eine Malaria akquirierte und trotzdem später an Taboparalyse erkrankte. Diese Beobachtung ist wichtig zur Klärung der Frage, ob die Malariabehandlung spezifisch antiluetisch wirkt, oder ob die Kombination von Malaria und Salvarsan bzw. Bi für die günstigen Resultate verantwortlich zu machen ist, d. h. daß durch die Malariavorbehandlung im biologischen Sinne den chemo-therapeutischen Einflüssen eine intensivere Angriffsmöglichkeit geschaffen wird. Verf. berichtet über die Wirkung von Dephagin, einem Nukleinsäurepräparat, bei Tabes, Paralyse und Lues cerebrospinalis. Im allgemeinen genügen 5—6 ccm Dephagin, um eine energische Wirkung zu erzielen. Der Schüttelfrost setzt eine Stunde nach der Injektion ein, hält sich eine halbe Stunde und geht dann in Fieber von 38—40° über, das 4 bis 6 Stunden anhält. Dieser Behandlungsturnus wird 6—10mal in 3—4tägigen Intervallen durchgeführt und dann eine reine Bismogenolbehandlung angeschlossen. 3 von 4 Taboparalysefällen konnten nach der Behandlung leichte Beschäftigung wieder aufnehmen. Auch bei Tabes und Lues cerebrospinalis waren die Erfolge außerordentlich günstig, ebenso bei Tertiär- und Sekundärlues. F. Harry-Wiesbaden.

Die Behandlung der luetischen Zentralnervensystemkrankheiten mittels intralumbaler Proteininjektion, von K. Mori, Kl. d. Städt. Pflegeanst. Tokio. (W. m. W., 1928, Nr. 10, S. 436.) Bei 31 Pat. wurden Lues cerebrospinalis (15 Fälle), Tabes dorsalis (14 Fälle) und 2 Paralytiker mit Injektionen von Proteinsubstanzen „Kaseinol" in Mengen von 0,1—1,0 ccm endolumbal behandelt. Nach den Injektionen mittleres Fieber, Kopfschmerz, Schmerzen in den Beinen, mitunter auch stürmische Erscheinungen in den ersten 24 Stunden. Dann Besserungen vor allem sensibler Störungen bei der Hälfte der Fälle. In der Lumbalflüssigkeit treten mehrere Tage akut entzündliche Erscheinungen auf. „Diese Heilwirkung wird durch günstige Umstellung des allgemeinen Stoffwechsels im Zentralnervensystem herbeigeführt." W. Kirschbaum-Hamburg.

Über Schwefelbehandlung der Dementia paralytica und anderer metaluetischer Affektionen des Zentralnervensystems, von K. Schroeder-Odense, Dänemark. (Kl. W., 1927, Nr. 46, S. 2189.) Verf. verabfolgte tiefe intramuskuläre Injektionen von Sulf. depurat. subtiliss. pulv. in einer Aufschwemmung von Olivenöl und unter Zusatz von 1‰igem Chinosol. Er injizierte dabei wenige Kubikzentimeter einer 1‰igen Lösung bis zu 10 ccm einer 1%igen Lösung. In der Regel empfiehlt es sich, steigende Dosen einer 1%igen Lösung zu benutzen. Es kommt nach den Injektionen zu hohen, kurzdauernden Temperaturanstiegen, deren Maximum nach 8—14 Stunden erreicht ist; darauf folgt plötzlicher Abfall zur Norm. Es empfiehlt sich, mehrere kürzere Injektionsserien mit mehrtägigen Zwischenräumen zu machen. Eine Besserung tritt entweder während der Behandlung auf oder folgt nach Abschluß derselben. E. Langer-Berlin.

Association des traitements anti-syphilitiques aux traitements physiothérapiques et endocriniens (Kombination spezifischer Behandlung mit physikalischer und endokriner), von E. Juster. (Paris méd., 1928, Nr. 9, S. 209—211.) Es kommt eine ganze Reihe besonders chronischer Affektionen vor, bei denen die symptomatische Behandlung nicht zum Ziele führt, während die Hinzufügung einer spezifischen Behandlung von Erfolg begleitet ist. Man soll daher stets auf Syphilis fahnden, die als kongenitale oder erworbene durch Prüfung der Aszendenz des Kranken oder sorgfältige Untersuchung desselben (besonders Mund, Augen) nachgewiesen werden kann.
E. Levin-Berlin.

Syphilis und Pjatigorsk, von M. Tschlenow. (Klinitscheskaja Medicina, 1928, Bd. 6, Nr. 3.) Verf. konnte sich persönlich davon überzeugen, daß der nicht nur durch Schwefelbäder, sondern auch durch kohlensaure Thermen, radioaktive warme Quellen usw. so heilkräftige russische Kurort Pjatigorsk bedauerlicherweise vom Publikum gemieden wird, weil er im Rufe steht, daß nur Syphilitische ihn aufsuchen. Im Interesse des Aufblühens von Pjatigorsk rät Verf., die Syphilis nur unter anderen Krankheiten als Indikation anzuführen, zumal wir, dank dem Salvarsan, die Syphilitiker während der ansteckenden Periode gar nicht nötig haben dahin zu schicken.
A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta Nicolas et Favre. 4. venerische Krankheit. Microporoadenitis inguinalis suppurativa, von L. Sobolew. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 23/24.) Drei einschlägige Beobachtungen des Charkower Dermatologen, von denen er eine in der Krim, zwei in Charkow sah. Ein Fall stand im 22., der andere im 32. Lebensjahre. Die Behandlung der 3 Fälle war eine kombinierte, in dem einen hauptsächlich bestehend in Jod, im zweiten in intravenösen Injektionen von Tart. stibiatus und Röntgen, im dritten in Bijochinolinjektion. Die Behandlung war langwierig. A. Jordan-Moskau.

Lymphogranuloma inguinale mit akuten rheumatischen Erscheinungen, von A. Koppel-Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 52, S. 2469.) Mitteilung von drei sicheren Fällen von Lymphogranuloma inguinale, bei denen im Verlaufe der Erkrankung Auftreten eines typischen Erythema nodos. beobachtet wurde; bei zwei von diesen Fällen außerdem eine Episkleritis und bei einem späte Gelenkerscheinungen vom Typ der Polyarthritis rheumatica. Diese Allgemeinsymptome werden auf Grund des Verlaufs und der Wirkung der Therapie für spezifisch angesehen. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Über eine Intrakutanreaktion bei klimatischen Bubonen, von O. Fischer, Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkh. Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1928, Bd. 32, H. 2, S. 91.)

Über eine Hautreaktion bei klimatischen Bubonen, von O. Fischer-Hamburg. (Kl. W., 1928, Nr. 6, S. 255.) Auch bei klimatischen Bubonen tritt die von Frei für das Lymphogranuloma inguinale beschriebene, durch intrakutane Injektion von verdünntem Eiter hervorgerufene Hautreaktion ein. Der Impfstoff wurde zu diesem Zweck durch Punktion einer erweichten Drüse gewonnen oder durch Absaugen des Sekrets nach der Eröffnung. Der Eiter wurde mit der 5—8fachen Menge von physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und durch $1^1/_2$stündiges Erhitzen auf 60° sterilisiert. Die gleichen Impfresultate wurden auch erzielt, wenn statt des Eiters aus den klimatischen Bubonen solcher von einheimischem Lymphgranuloma inguinale genommen wurde. Durch diese Befunde ist gleichzeitig auch bewiesen, daß diese beiden klinisch und pathologisch-anatomisch identische Krankheitsbilder sind. E. Langer-Berlin.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Sachgemäße Sekretentnahme bei der weiblichen Gonorrhoe, von F. Dietel, Univ.-Hautkl. Erlangen. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1928, H. 6, S. 214.) D. empfiehlt für Abstriche bei Frauen und kleinen Mädchen stumpfe Löffelchen bzw. knopfsondenähnliche, längshalbierte Instrumente, deren eine Hälfte schaufelförmig ausgehöhlt ist. Zur Diagnose der Rektalblennorrhoe (die Verf. in 69% bei weiblichen Patienten fand) wird genaue Inspektion der Fäzes empfohlen. Bei nachgewiesenem Gonokokkenbefund aus Zervix oder Urethra ist das Vorhandensein von grießigen, flockigen Stellen und in denselben gefundene Eiterkörperchen für Rektalblennorrhoe beweisend. M. Cohn-Dresden.

Der Wert der Komplementbindungsreaktion mit aktivem Serum bei der Diagnose der Gonorrhoe, von R. Brühl, Univ.-Frauenkl. Göttingen. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 9, S. 539.) Der positive Ausfall der Reaktion spricht in hohem Grade für das Bestehen oder Bestandenhaben einer blennorrhoischen Affektion. Ein Urteil über noch vorhandene Infektionstüchtigkeit erlaubt die Reaktion nicht, da sie noch viele Jahre nach sicherer klinischer Ausheilung positiv sein kann. Ein negativer Serumbefund ist jedoch niemals ein Beweis dafür, daß keine Blennorrhoe besteht. Die Reaktion ist also nicht brauchbar zur Dokumentation des sicheren Freiseins von Blennorrhoe, etwa zur Ausstellung eines Gesundheitszeugnisses; sie kann aber mit Vorteil angewandt werden bei der Differentialdiagnose zwischen Adnextumoren blennorrhoischen, tuberkulösen oder septischen Ursprungs. F. Landauer-Berlin.

Dauerkulturen von Gonokokken, von A. Cohn, Inst. R. Koch Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1928, Bd. 108, H. 2, S. 395.) Auf Grund der Beobachtung, daß die Herabsetzung der Sauerstoffspannung ein wesentlicher Faktor für die Dauerzüchtung der Gonokokken ist und daß ferner der Kochblutagar einen besonders guten Gonokokkennährboden darstellt, empfiehlt Verf. für Dauerkulturen von Gonokokken die Stichkultur in Kochblutagar, die, im Brutschrank bei 37° gehalten und nach Ungermann konserviert,

Digitized by Google

eine Lebensfähigkeit hatte, die alle anderen Methoden übertrifft. Noch nach 64 Tagen ergaben fast noch sämtliche Kulturen positive Überimpfungen, selbst nach 99 Tagen zeigten noch zwei Stämme und nach 105 Tagen noch ein Stamm Lebensfähigkeit.
B. Peiser-Berlin.

Sur la conservation des souches du gonocoque (Über die Erhaltung von Gonokokkenkulturen), von M. Giesczykiewicz. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 5, S. 388—389.) Am besten hielten sich Gonokokkenkulturen auf Bouillon-Aszites unter Bedeckung mit Vaselinöl. Starben die Kulturen auf diesem ab, so zeigte sich ein schnelles Alkalischwerden; es lag danach nahe, die Konservierung dadurch zu verbessern, daß eine zu schnelle Alkalinisierung vermieden wurde. Dies wurde tatsächlich erreicht durch einen Zusatz von 2‰ Glukose zu dem Nährboden. Das gleiche trifft auch für den Meningokokkus und den Micrococcus catarrhalis zu. E. Levin-Berlin.

b. Pathologie und Klinik

Aszendierende Gonorrhoe oder Appendizitis, von Niedermeyer-Görlitz. (D. m. W., 1928, Nr. 8, S. 313.) Bei einem 20jähr. Landmädchen, das unter den Symptomen einer akuten Appendizitis erkrankte, ergab die Untersuchung des Genitale das Vorhandensein von Gonokokken. Diagnose: aszendierende Blennorrhoe. Da der Zustand der Patientin am Abend einen bedrohlichen Eindruck machte, wurde sofort operiert. Hierbei ergab sich, daß die Appendix perforiert und Eiter in die Bauchhöhle ausgetreten war. Der Fall zeigt, daß man in der Annahme einer aszendierenden Blennorrhoe eine Appendizitis übersehen kann. F. Harry-Wiesbaden.

La coxite gonococcique; contribution à l'étude de ses formes cliniques (Coxitis gonorrhoica; Beitrag zum Studium ihrer klinischen Formen), von L. Langeron und J. Delcour. (Presse méd., 1928, Nr. 6, S. 83.) Beschreibung eines Falles von polyartikulärem blennorrhoischem Rheumatismus, der sich plötzlich in die linke Hüfte lokalisiert; beträchtliche Läsionen am Knochen, die nach 2 Monaten zu einer pathologischen Luxation führen. Vom 12. Behandlungstag ab Vakzinetherapie; ohne jeden Erfolg. Von der 7. Woche ab Autohämotherapie. Temperatursturz und sofortiges Verschwinden der Schmerzen. Nach längerer orthopädischer Behandlung verhältnismäßig gute funktionelle Restitution des Gelenks. Verf. unterscheidet 1. die frühzeitige Arthritis gonorrhoica, d. h. gleichzeitig mit der akuten Blennorrhoe, 2. die Spätform, d. h. 5—10—20 Jahre post infectionem, und 3. die rückfällige in akuten oder subakuten Schüben in unbestimmtem Zeitverhältnis zum Infektionstermin, hervorgerufen durch Gelegenheitsursachen. Therapie: Sero- resp. Autohämotherapie; unbedingt die beiden Komplikationen zu vermeiden suchen: 1. die Luxation durch dauernden Zug und 2. die Ankylose durch Mobilisierung des Gelenks sogleich nach Rückgang der akuten Symptome. D. Abel-Lörrach.

c. Therapie

Gonorrhoeprophylaxe, von L. Zippert-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 37, S. 1402.) Verf. hat in gemeinsamen Versuchen mit Dobbertin eine Chlorverbindung hergestellt, die durch Dissozierung von ClOH naszenten Sauerstoff und Chlor bildet. Die Chlorverbindung ist in ein „bestimmtes, wärme- und wasserlösliches Vehikel" eingebettet nnd wird in luftdicht verschlossenen Tuben verabfolgt. Gute Erfolge bei unspezifischem Fluor der Frau, sehr gut desodorisierende Wirkung.
C. L. Karrenberg-Hamburg.

„Transargan" und die „Tiefenwirkung" in der Gonorrhoetherapie. Bemerkungen zu der Publikation von Hintzelmann und Zeltner in Jahrg. 6, Nr. 32 ds. Wochenschrift, von C. Siebert-Berlin-Charlottenburg. (Kl. W., 1928, Nr. 4, S. 167.) Der Nachweis der „Tiefendurchdringung" des Gewebes ist nicht als Beweis für die „Tiefenwirkung" eines Antigonorrhoikums anzusehen. Experimentelle Methoden zum Nachweis der „Tiefenwirkung" gibt es nicht, diesen Beweis kann nur die klinische Beobachtung liefern. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Erwiderung, von Hintzelmann und J. Zeltner-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 4. S. 167.) Verff. wiederholen ihre Ansicht, daß die Tiefenwirkung eines Antigonorrhoikums durch histochemische Methoden nachweisbar ist. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Résultats obtenus dans le traitement des blenorragies aiguës et chroniques par la méthode de Maisler (Erfolge bei der Behandlung akuter und chronischer Gonorrhoen mit der Methode von Maisler), von L. Marceron. (J. Méd. Paris, 1928, Nr. 10, S. 190—193.) Das von Maisler als Gasdehnung bezeichnete Verfahren besteht

Digitized by Google

darin, daß mittels eines Guyonkatheters eine konzentrierte Néollösung bis zu der erkrankten Stelle gebracht wird; unmittelbar danach spritzt man, während der Kranke durch Druck die Harnröhrenöffnung über der Sonde verschließt, 1 ccm einer 10%igen Lösung von Argent. proteinic. in Glyzerin ein. Es entwickelt sich Sauerstoff, der die Harnröhre ausdehnt und das Argentum in alle Schlupfwinkel der Gonokokken bringt. Die Sitzungen sollen zwei- bis dreimal wöchentlich stattfinden, sie dauern nur kurze Zeit, sind fast schmerzlos und unschädlich, wie ein Fall mit Epididymitis zeigt, in dem das Verfahren anstandslos durchgeführt werden konnte. Strikturen zeigten einen deutlichen Rückgang. Die Erfolge waren sehr gute in chronischen und akuten Fällen.

E. Levin-Berlin.

Treatment of Acute Epididymitis. A Study of Three Thousand Cases (Behandlung der akuten Epididymitis. Eine Beobachtung von 3000 Fällen), von M. Campbell-New York. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 25, S. 2108.) Von den 3000 Fällen wurden 209 operiert. Von den übrigen wurden 2339 mit einem Suspensorium behandelt, welches aus einer breiten Bandage besteht, die quer unter das Skrotum gelegt wird und dieses hebt. Bemerkenswert ist daran ein kleines Rollenpolster, das unter dem Skrotalansatz zu liegen kommt. Zwei Schenkel- und ein Querband halten die Bandage, welche die Schmerzen sofort verschwinden läßt. Verf. läßt meist Eiskompressen machen. Falls diese nicht vertragen werden, Hitzeapplikation. Epididymotomie ist etwa nur bei jedem 15. Fall nötig und hebt jeden Schmerz sofort auf. Nach der Operation muß der Kranke im Durchschnitt nur 3,7 Tage länger liegen als der nicht Operierte.

H. Colmann-Berlin.

Erfahrungen über die Behandlung des Trippers des Gebärmutterhalskanals bzw. der Gebärmutter, von K. Zieler, Univ.-Hautkl. Würzburg. (D. m. W., 1928, Nr. 1, S. 3.) Bei sachgemäßer örtlicher Behandlung des Zervikalkanals, die erst nach Abklingen der akuten Erscheinungen erfolgen darf, wurde in nur 6% der Fälle ein Übergreifen auf die Anhänge beobachtet. In der Zeit vor und nach den Menses und besonders während der Menses selbst muß jegliche Behandlung unterbleiben, auch der allgemein wirkenden Verfahren. Von allen Methoden der Reizbehandlung hat nur die Verwendung von Gonokokkenvakzine als unterstützende Behandlung wesentliche Bedeutung. Zur Vermeidung von Schädigungen ist die Ruhigstellung der inneren Organe durch Atropin oder Papaverin notwendige Vorbedingung. Zur örtlichen Behandlung eignen sich am besten wasserlösliche Arzneistäbchen (Targesin, Protargol, Pellidol) mit Abschluß durch Pustsche Kapseln, während nach Partagonstäbchen in höherem Prozentsatz Komplikationen aufgetreten sind.

F. Harry-Wiesbaden.

Intravenöse Genoflavintherapie bei Gonorrhoe, von A. Buschke und L. Loewenstein, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 2, S. 53.) Die männlichen Patienten erhielten jeden 2.—3. Tag zunächst $2^1/_2$ ccm, später 5 ccm Gonoflavin intravenös, die weiblichen jeden 2. Tag $2^1/_2$ ccm. Jegliche Lokalbehandlung unterblieb. In den Fällen von Anteriorblennorrhoe ließ der Ausfluß nach der 3.—4. Injektion wesentlich nach, nach der 5. und 6. Injektion wurde der Urin klarer, das Sekret flüssiger. Gonokokken waren nicht mehr nachweisbar. Nach der 7.—8. Injektion war der Urin völlig klar. Die Patienten erhielten dann noch 2 Injektionen. Von 14 Fällen wurden 8 geheilt, 4 wurden so weit gebessert, daß nach 5 Injektionen die Spülbehandlung erfolgreich durchgeführt wurde, 2 konnten nicht zu Ende behandelt werden. Von 34 zum Teil recht komplizierten Posteriorfällen wurden 7 nach 3—8 Injektionen so gut beeinflußt, daß alle unangenehmen Symptome zum Verschwinden gebracht wurden, keine Gonokokken mehr in Urethra, Prostata und Samenblase mehr nachzuweisen waren und nach Provokation kein Rezidiv auftrat. 7 Patienten bekamen ein Rezidiv, das durch Massage und Kochsalzspülung behoben wurde, 3 Fälle produzierten nach 10 Injektionen noch Gonokokken, die mit Silbersalzen nach kurzer Zeit beseitigt wurden. 17 Patienten blieben unbeeinflußt. Von 29 Patienten mit Epididymitis wurden 9 ekklatant gebessert, 6 rezidivierten, 8 wurden gut gebessert und nach 14tägiger anderer Behandlung geheilt. Völlig refraktär blieben 6 Patienten. Von 8 Frauen mit frischer Blennorrhoe reagierten 7 nicht auf die Behandlung. Ernstere Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Vereinzelt trat Erbrechen oder Kopfschmerz, in 2 Fällen eine universelle urtikarielle Hauteruption auf. Eine Kombination von Gonoflavin mit lokaler Therapie dürfte geeignet sein, die Heilerfolge zu verbessern.

F. Harry-Wiesbaden.

Über Erfahrungen mit Blennosan, von F. W. Gutmann-Berlin-Charlottenburg. (D. m. W., 1928, Nr. 4, S. 145.) Verf. warnt vor Verordnung von Blennosan, das Exantheme und Fieber hervorruft.

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Die Impfmalaria bei der akuten und chronischen Gonorrhoe, von B. Spiethoff, Univ.-Hautkl. Jena. (Fortschr. d. Ther., 1928, H. 1, S. 1.) Bei unkomplizierten Fällen sind 10 Anfälle, bei Epididymitis, Prostatitis und Arthritis durchschnittlich 15 Anfälle erforderlich. Danach werden die Anfälle mit Neosalvarsan kupiert, und zwar bei Männern mit Dosis IV, bei Frauen Dosis III, nach 24 Stunden dieselbe Dosis, darauf 1 Woche lang täglich 4 Spiroxidtabletten bei Männern und 3 bei Frauen; bei mehr als 10 Anfällen danach noch eine Gabe Neosalvarsan. Wenn bei Männern die Entzündung nur auf die Pars anterior beschränkt bleibt, also von vornherein örtliche Behandlung vertragen wird, genügen 8 Anfälle. Arthritis blennorrhoica klingt bei dieser Behandlung im akuten Stadium erstaunlich schnell ab. Falls noch keine Versteifung eingetreten ist, hält Sp. die Malariatherapie bei Arthritis blennorrhoica den anderen Methoden für überlegen. Bei Frauen traten etwas häufiger Rezidive auf als bei Männern; ebenso sind die Erfolge bei Vulvovaginitis und Urethritis blennorrhoica der Kinder bisher nicht befriedigend. A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

Biologie und Therapie der Keimdrüsen, von C. Ceni-Cagliari (Nervenklinik). (Med. Welt, 1928, Jahrg. 2, Nr. 1, S. 1.) Tierversuche zeigten, daß die Wirksamkeit der Keimdrüsen abhängig ist von der sexuellen Funktion. So ist die in getrocknetem Zustande bei Geschlechtsruhe gewonnene Drüse, die Tieren (Hühnern) eingegeben wird, unwirksam, selbst nach monatelanger Darreichung. Wird die Drüsensubstanz dagegen in der hyperaktiven Brunstzeit gewonnen, so genügen schon kleinere Dosen, um bei 3—5 Monate alten und erwachsenen Hühnern die Funktion der Eierstöcke und der Ovarien anzuregen; auch wird durch Darreichung einer solchen Drüsensubstanz die Entwicklung der somatischen Geschlechtscharaktere gefördert. Thyreoidea, Parathyreoidea, Hypophyse und Nebennieren werden durch eine solche Behandlung gehemmt.
C. L. Karrenberg-Hamburg.

Case of Double Anus, Vagina and Uterus (Fall von Verdopplung des Anus, der Vagina und des Uterus [Photographien]), von W. A. Hinkle. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 6, S. 455.) Bei einer 62jähr. Frau fanden sich 2 Ani mit voll entwickelten Sphinkteren, die willkürlich innerviert werden konnten, 2 Vaginen mit ausgebildeter Klitoris. Labia majora normal. Die linksseitigen Organe sind besser entwickelt. Defäkation erfolgt vorwiegend durch linken Anus, Harnentleerung gleichmäßig durch beide Urethren. Rechte Vagina sehr eng. Zervix fühlbar. Menstruation erfolgte bis zur Menopause durch linke Vagina stärker als durch rechte. Zwischen den beiden Rektums bestand keine Verbindung. Eine Röntgenuntersuchung ergab 2 Kolon, eine Zystoskopie 2 Blasen, die in keiner Verbindung miteinander standen. In jede mündet nur 1 Ureter. Die Frau übte Koitus durch die linke Vagina aus und hatte einen Zwillingsabort zwischen 2. und 3. Monat. H. Colman-Berlin.

Retentio testis und Inguinalhernie als Zeichen der Intersexualität, von L. Moszkowicz-Wien. (Kl. W., 1927, Nr. 47, S. 2231.) Verf. faßt die Retentio testis als Folge einer Geschlechtsumwandlung auf, die zustande kommt, wenn die geschlechtsbestimmenden Faktoren der beiden Eltern so schlecht aufeinander abgestimmt sind, daß das Geschlecht nicht eindeutig männlich oder weiblich, sondern intersexuell wird. Durch das zu späte Überwiegen der das männliche Geschlecht bestimmenden Valenz kommt es zu dem nur unvollkommenen Deszensus, wobei der Hoden naturgemäß auf dem ganzen Wege vom unteren Nierenpol bis zum Skrotum aufgehalten werden kann. Davon gänzlich zu trennen ist die Ectopia testis, die eine ganz andere Genese hat. Auch das Vorkommen einer Inguinalhernie wird vom Verf. als ein Ausdruck einer, wenn auch wesentlich geringeren Intersexualität angesehen. E. Langer-Berlin.

Ein Fall von Eunuchoidismus beim Menschen, von L. Falin, Histol. Univ.-Inst. Smolensk. (Anat. Anz., 1927, Bd. 64, H. 4/7, S. 88.) Verf. beobachtete an der Leiche eines 50jähr. Mannes vollständiges Fehlen des Haarwuchses in der Achselhöhle und am Körper, während die Schamhaare ziemlich dicht waren und ihre obere Grenze fast horizontal verlief. Der Penis war sehr klein, 4 cm, das Skrotum o. B. Der Verstorbene war verheiratet gewesen, konnte aber niemals einen normalen Koitus ausführen. Ejakulationen fehlten ganz. Der Pat. hatte seit seinem 18. Lebensjahre Neigung, sich als Zigeunerin zu verkleiden, zuletzt trug er überhaupt nur Frauenkleider, trug eine Guttaperchabrust und eine Frauenperücke. Die histologische Untersuchung der Hoden

Digitized by Google

ergab eine Wucherung der interstitiellen Zellen und Hyperplasie der Bindegewebszellen des Zwischengewebes. Die vermehrten interstitiellen Zellen zeigen alle sichtbaren Kennzeichen einer Funktionssteigerung (Vergrößerung der Zahl, Einschlüsse usw.), während der generative Teil des Hodens atrophisch war. Dieser Befund steht aber in striktem Widerspruch zu der Rolle, die man bisher der interstitiellen Drüse einräumen zu können glaubte (Lipschütz), so daß der Streit über die Funktion der interstitiellen Drüse noch lange nicht entschieden zu sein scheint. A. Rosenburg-Mannheim.

Ein klinisch bemerkenswerter Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus, von E. Unsheim-Berlin-Westend. (Virch. Arch., 1927, Bd. 265, S. 318.) Verf. beobachtete bei der Sektion eines 32jähr. Pseudohermaphroditen folgende Befunde: Rudimentärer hypospadischer Penis (penisartige Klitoris?) mit Entwicklung großer Labien. Fehlen des Skrotums. Leicht hypoplastische Scheide. Uterus ohne sich scharf absetzende Portio, linksseitiges Ovarium mit Tube und Ligam. rotundum. Rechtsseitiger hypospastischer Hoden mit Nebenhoden. Penisgangrän im Anschluß an eine künstliche Dehnung der Harnröhre. Schwere nekrotisierende eitrige Vaginitis, Endometritis. Schwerste Urinphlegmone, ausgehend von einer Perforation in der Pars membranacea. Der Pat., der wegen Blinddarmentzündung und gleichzeitiger Vereiterung des rechten Bauchhodens mehrmals operiert worden war, wollte sich, um heiraten zu können, einer Dehnung der engen Harnröhre unterziehen, auch sollte der Penis plastisch vergrößert werden. Bei der künstlichen Dehnung der Harnröhre erlitt Pat. eine Perforation der Harnröhre und im Anschluß daran eine Urinphlegmone, der er erlag.

A. Rosenburg-Mannheim.

The Relation of the Sex of Offspring to the Time of Coitus During the Oestrous Cycle (Die Beziehungen zwischen dem Geschlecht der Nachkommenschaft und dem Zeitpunkt der Kohabitation im Verlauf der Brunstperiode), von F. A. E. Crew-Edinburgh. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3489, S. 917.) Die von Thury (1863) aufgestellte Theorie, daß das Ovulum bei alsbald nach der Ausstoßung erfolgter Befruchtung weibliche Nachkommen hervorbringe, dagegen bei Befruchtung in der Spätperiode männliche, erkennt C. trotz mancherlei beim Rindvieh zur Bestätigung beigebrachten Beobachtungen nicht an. Er hat zwecks Gewinnung von weiteren Anhaltspunkten zu dieser Frage Beobachtungen an 100 weiblichen Albinoratten angestellt, indem er 50 derselben in der Frühperiode der Brunstzeit, die anderen 50 in der Spätperiode befruchten ließ. Zur genauen Feststellung der Brunstzeit benutzte er das Scheidenabstrichverfahren von Long und Evans. Bei Kohabitation während der ersten 3 Stunden der eigentlichen Brunst erfolgten 35 Konzeptionen mit 189 Stück Nachkommenschaft. Davon waren 98 männlich und 91 weiblich. Bei Kohabitation während der letzten 3 Stunden der eigentlichen Brunst erhielt er 28 Konzeptionen mit 77 männlichen und 82 weiblichen Nachkommen. Auch Beobachtungen anderer Forscher und statistische Erhebungen beim Menschen haben bisher keine endgültigen Ergebnisse geliefert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erkrankung der Harnwege und ihre Behandlung, von L. Casper-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1928, H. 6, S. 201.) Neben den bekannten Erscheinungen der Nephritis, Pyelitis, Hämaturie usw. erwähnt Verf. eine terminale Blutung bei Patienten ohne jedes sonstige Symptom, eine Affektion, die sich auch durch blutige Spermaentleerung bemerkbar machen kann. Der Grund findet sich urethroskopisch in kleinen, stecknadelkopfgroßen Fleischwärzchen in der Gegend des Colliculus seminalis; Therapie: 2—3malige Ätzung mit 2%iger Argentumlösung mit Guyonspritze. In der Blennorrhoebehandlung vertritt C. nach wie vor den Standpunkt der milden Behandlung, verwirft nach wie vor jede Abortivkur ($^1/_4$—$^1/_{10}$%iges Protargol oder Kali perm. in Lösung von $^1/_{20000}$—$^1/_{10000}$). „Je aggressiver die Therapie, um so häufiger die Komplikation."

M. Cohn-Dresden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. Freund-Triest behält trotz seiner Habilitation in Rom seinen Wohnsitz in Triest.

Unser langjähriger Mitarbeiter Dr. M. Bockhart in Wiesbaden feierte den 70. Geburtstag. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 28 (Bd. 87) 14. Juli 1928

Aus der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Wieden (Vorstand: Primararzt Dr. Paul Rusch) und aus der Ambulanz für Hautkrankheiten des I. öffentl. Kinderkranken-Instituts (Vorstand: Priv.-Doz. Dr. B. Lipschütz)

Über eine eigenartige Gelbfärbung der Haut[1])

Von

Priv.-Doz. B. Lipschütz in Wien

Wenn man häufig Gelegenheit hat, die Haut gesunder Menschen zu untersuchen, wird man bei den für uns in Betracht kommenden Angehörigen der weißen Rasse hier und da feinste Nuancen der Hauptpigmentierung nachzuweisen imstande sein, die jedoch noch innerhalb der physiologischen Breite liegen. Treten pathologische Pigmentierungen auf, so wird man fast stets durch eingehende allgemeine Untersuchung des Kranken, bzw. durch das Verfolgen des Ablaufes der aufgetretenen Pigmentierung ebenfalls die Natur des veränderten Hautkolorits nachweisen und die richtige Diagnose des Leidens stellen können. Die Gelbfärbung beim Icterus catarrhalis und haemolyticus, die Bronzefärbung bei der Addisonschen Krankheit, die Riehlsche Melanodermie, die Karotinverfärbung der Haut (die Aurantiasis cutis Bälz), die Ochronose usw. stellen bekannte typische Pigmentbilder der Haut des affizierten Organismus dar und bieten dem Fachmann, bei entsprechend eingehender Untersuchung, in der Regel keine besonderen diagnostischen Schwierigkeiten. Ausgesprochene, sofort ins Auge fallende Abweichungen vom allgemeinen Typus des Farbstoffgehaltes der Haut bei gesunden weißen Menschen gehören jedoch zu den großen dermatologischen Seltenheiten, derart, daß sie selbst in den zusammenfassenden Abhandlungen der Pigmentlehre kaum oder gar nicht Erwähnung finden. Um so mehr dürften einige Beobachtungen, die ich diesbezüglich zu machen in der Lage war, Beachtung beanspruchen, wenn auch — wie ich es gleich vorwegnehmen will — bloß eine hypothetische Deutung bezüglich der Natur der zu schildernden eigenartigen Hautverfärbung gegeben werden kann.

Den Anlaß zu den nun folgenden Ausführungen boten zwei in den letzten Jahren gemachte Beobachtungen, die hier in Kürze skizziert werden sollen.

Im Sommer 1926 suchte der 8jähr. Knabe A. B. wegen eines harmlosen Hautleidens (Warzen) mein Ambulatorium auf. Bei der Untersuchung des Kindes fiel mir eine eigenartige Gelbfärbung der Haut auf, die namentlich Gesicht, Hals und Rumpf befallen hatte. Auf mein Befragen teilte mir die Mutter des Kindes mit, daß ihr die

[1]) Herrn Prof. Leopold Freund zum 60. Geburtstag gewidmet.

Digitized by Google

Gelbfärbung schon beim Säugling aufgefallen war und daß der Zustand, dem sie übrigens keine Beachtung geschenkt hatte, unverändert andauere. Die Eltern des Kindes entstammen der bodenständigen deutschen Bevölkerung Wiens und können sich an fremdvölkische Blutsverwandte nicht erinnern. Das Kind zeigt dunkelblondes Kopfhaar und blaugraue Iris. Eine weitere Untersuchung konnte aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden. Als nach einem Jahre der Knabe in Begleitung seiner Mutter wieder das Ambulatorium aufsuchte, fand ich das Hautkolorit vollkommen unverändert. In der Zwischenzeit sei der Knabe wie auch vorher stets gesund gewesen. Die besondere Gelbfärbung der Haut war auch Hofrat Rusch, der Gelegenheit hatte, das Kind zu sehen, aufgefallen, ohne daß es möglich gewesen wäre, zu einer einwandfreien Deutung des Hautkolorits zu gelangen.

Im Winter 1927 machte mich Hofrat Rusch, in Erinnerung an den ersten ihm seinerzeit gezeigten Fall, auf eine durchaus analoge Beobachtung aufmerksam, welche eine im Wiedener Krankenhaus in Pflege befindliche Kranke betraf.

Die am 23. XI. 1927 wegen Pedikulosis aufgenommene 52 Jahre alte Frau J. K. wies an den inneren Organen keinen pathologischen Befund auf. Der Harn war von normaler Farbe und frei von krankhaften Bestandteilen (Eiweiß, Zucker, Gallenfarbstoff, Urobilin und Urobilinogen). Der Blutbefund wies 4875000 rote und 6800 weiße Blutkörperchen auf (61% polynukleäre Leukozyten, 6% Mononukleäre, 2% Eosinophile und 31% Lymphozyten). WR und MTR waren negativ. Am Stamm vereinzelte Exkoriationen nach Pedikulosis.

Die Haut des ganzen Körpers zeigt eine ockergelbe Färbung. Bevorzugt sind Gesicht, Kopf und Hals, etwas weniger erscheinen Rumpf und Extremitäten gelblich verfärbt. Das Hautkolorit ist derart auffallend, daß man bei erstmaliger Besichtigung den Eindruck einer Gelbsucht gewinnt. Die Skleren und sichtbaren Schleimhäute zeigen jedoch keine Gelbfärbung. Die Kopfhaare sind leicht ergraut, die Iris von dunkler Farbe. Es besteht kein gelber Schweiß. Der Stuhl zeigt normale Färbung.

Anamnestisch ließen sich von der wenig intelligenten Kranken, die der bodenständigen deutschen Bevölkerung Wiens entstammt, keine genauen Aufschlüsse erhalten. Weder machte sie präzise Angaben über die Dauer der Gelbfärbung, noch über etwaiges Auftreten derselben bei Eltern und Geschwistern. Wir hatten Gelegenheit, sie durch fast zwei Monate zu beobachten, ohne daß eine merkliche Änderung des Hautkolorits wahrgenommen worden wäre.

Ein vom rechten Oberarm exzidiertes Hautstückchen wies, bei entsprechenden Färbungen, bezüglich der Quantität und Verteilung des Hautpigments keinen vom Bilde eines normal pigmentierten, mäßig brünetten Individuums irgendwie abweichenden Befund auf.

Die Deutung der hier mitgeteilten zwei Beobachtungen bereitete Schwierigkeiten. Die längere Beobachtungsdauer (im ersten Fall über 1 Jahr) als auch die eingehende Untersuchung, namentlich des zweiten Falles, ließen eine leicht erkennbare, durch ein inneres Leiden (Icterus catarrhalis oder haemolyticus usw.) bedingte Hautverfärbung ausschließen, ebensowenig hatten wir Anlaß, etwa an eine Karotinfärbung oder an irgend eine medikamentöse Beeinflussung der Hautfarbe zu denken. Sowohl durch die klinische Beobachtung als auch per exclusionem wurden wir vielmehr bezüglich der Deutung der Gelbfärbung zur Annahme eines habituellen Zustandes der Haut bei ansonsten gesunden weißen Menschen gedrängt. In dieser Annahme wurde ich durch eine von S. Werner vor einigen Jahren mitgeteilte Beobachtung bestärkt, die daher auch etwas ausführlicher erwähnt werden soll.

Der Fall betrifft eine 28jähr., mit der Diagnose Ikterus aufgenommene Frau. Die Kranke bemerkte, daß sie seit einem Jahre gelb wurde. Die Mutter und eine jüngere Schwester haben auch eine gelbe Farbe, ferner sollen auch entfernt Verwandte fast ebenso gelb aussehen.

Die Haut zeigt am ganzen Körper einen leicht gelblichen Farbenton, der an den Handinnenflächen, Fußsohlen, um den Mund und im Nacken besonders deutlich ist

Digitized by Google

Konjunktiven und Skleren zeigen keine Gelbfärbung, ebensowenig die Lippen. Der Harn ist, bis auf vermehrten Urobilinogengehalt, normal.

Wegen der positiven WR wurde die Diagnose zunächst auf Icterus lueticus gestellt und eine Schmierkur eingeleitet, die jedoch später abgebrochen wurde, nachdem wiederholte Blutuntersuchungen an verschiedenen Stationen eine negative Seroreaktion ergeben hatten.

Werner beschreibt die Hautfarbe als zitronengelb; sie ähnelte dem durch Gallenfarbstoff bedingten Kolorit eines frischen, akut katarrhalischen Ikterus. Gegen die biliäre Genese sprach der Harnbefund; eine Karotingelbfärbung konnte ausgeschlossen werden. Wegen der langen Dauer der Verfärbung, die noch nach $1^1/_2$ Jahren bestand, sowie des gehäuften familiären Auftretens spricht Werner seine Beobachtung als „Gelbfärbung der Haut unbekannter Genese bei familiärer Disposition" an.

Vergleiche ich meine Beobachtungen mit dem Wernerschen Fall, so handelt es sich um zitronen- bis ockergelbe Hautfärbungen bei gesunden Angehörigen der weißen Rasse, wobei das eigenartige Hautkolorit als Dauerzustand bezeichnet werden muß. (Die Anamnese dürfte im Wernerschen Fall wegen Hysterie der Kranken unverläßlich sein.) Besonders bemerkenswert ist die Angabe Werners, daß die Mutter und eine jüngere Schwester, aber auch entferntere Verwandte den gleichen gelben Farbenton der Haut aufweisen sollen.

Ich habe mir nun die Frage vorgelegt, worin diese vom Durchschnittskolorit der bodenständigen Bevölkerung so auffallend abweichende Hautfärbung begründet sein könnte. Daß die anatomische Untersuchung bei einem meiner Fälle zu keinem Aufschluß geführt hat, wurde bereits oben erwähnt. Wie läßt sich somit die so ausgeprägte Gelbfärbung erklären?

Ich glaube auf Grund der mir freundlichst gemachten Mitteilungen des Anthropologen Prof. Weninger eine einigermaßen befriedigende Deutung geben zu können, gestützt auf die von anthropologischer Seite vertretenen Anschauungen über die allgemeine Genese der gelben Hautfarbe, z. B. bei der mongolischen Rasse. Bekanntlich handelt es sich bei den verschiedenen Menschenrassen um ein einheitliches Pigment, wobei lediglich verschiedene Mengen- und Verteilungsverhältnisse nachweisbar sind. In qualitativer Hinsicht ist das Hautpigment somit überall gleich. Die von Martin in einer Fußnote erwähnte ältere Angabe von Sorby (1878), derzufolge drei verschiedene Pigmentarten, eine gelbe, rötlichbraune und schwarze, in verschiedener Verteilung bei den einzelnen Menschenrassen vorkommen sollen, hat keine Bestätigung gefunden. Auch die bei E. Fischer und Th. Mollison zu lesende Bemerkung: „Die Farbennuance, die je nach Rassen sehr deutlich wechselt, scheint durch etwas differentes Pigment, zum Teil vielleicht auch nur durch etwas verschiedene Verteilung bedingt zu sein; da fehlen noch Untersuchungen", ist zunächst noch durchaus hypothetischer Natur. Akzeptiert man nun zwei Extreme der Hautfärbung, wie sie einerseits beim hellfarbigen Weißen, andererseits beim Neger bestehen, so lassen sich alle anderen Schattierungen des Hautkolorits, wie sie unter anderen auch die gelbe Rasse aufweist, auf die im Laufe vieler Jahrtausende erfolgten Vermischungen ganz bestimmter spezialisierter Rassen erklären. Ein treffendes Beispiel für die vorgetragene Deutung bietet die uns allen bekannte Hautfarbe der Kreolen.

Digitized by Google

Eine ausgesprochene und konstante Gelbfärbung der Haut als Normalkolorit eines der weißen Rasse angehörenden Individuums dürfte daher auf einen Einschlag einer dunkleren Rasse zurückzuführen sein. Wenn auch der hervorragende Einfluß des Lichtes auf die Hautpigmentierung nicht geleugnet werden soll, so stellt doch die Grundfarbe der Haut des Menschen ein uraltes vererbtes Merkmal dar, das jedoch durch Rassenmischung in seiner Nuance wesentlich beeinflußt werden kann. Der Nachweis einer Gelbfärbung als eines habituellen Hautzustandes bei einem gesunden Europäer scheint somit einen Indikator für eine lange vorausgegangene Rassenkreuzung abzugeben.

Literatur

1. Fischer, E. u. Th. Mollison, Allgemeine Anthropologie, 1923. — 2. Martin, Lehrbuch der Anthropologie, 1914. — 3. Werner, S., Ein ungeklärter Fall von Gelbfärbung der Haut. Arch. f. Derm., Bd. 132.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin (Direktor: Geh.-Rat August Bier)

Beiträge zur Hefepilzerkrankung

Von

Wilhelm Richter

II. Oidiomykosen (Gilchrist)

Nach den Mitteilungen von Gilchrist und Rixford über Hefepilzerkrankungen wuchs auch die amerikanische Literatur durch kasuistische Mitteilungen schnell an. Zusammenfassend handelt es sich um folgendes Krankheitsbild, das im einzelnen erheblich von der Buschke-Busseschen Blastomykose abweicht.

Zunächst zeigen sich kleine Erytheme, Knötchen, Pusteln und Blasen, die zusammenfließen, nach dem Rande hin sich ausdehnen, späterhin auf entzündlicher Basis Infiltrationen zeigen, aus denen sich zahlreiche papuläre Wucherungen hervorheben, die z. T. verhornt sind — im ganzen ein Bild, das der Tuberculosis cutis verrucosa sehr ähnlich sein kann. Gegenüber der Tuberculosis cutis verrucosa ist vor allem die Multiplizität der Krankheitsherde bei der Oidiomykose auffallend. Weiterhin zeigt sich diese letztere vor allem im Gesicht lokalisiert, wo man die Tuberculosis cutis verrucosa fast nie antrifft. Zudem ist bei der Tuberculosis cutis verrucosa das Krankheitsbild insofern regelmäßiger, als die drei Stadien, von außen nach innen gerechnet das Stadium erythematosum, papulosum und verrucosum, schärfer abgesetzt sind als bei der Oidiomykose. Weiterhin können bei der Blastomykose neben diesen Erscheinungen tiefgehende Ulzerationen oder auch Knoten bestehen, die sich kurz vor dem Durchbruch befinden. Aus den Abszessen und Ulzerationen entleert sich eitrige, fadenziehende Flüssigkeit. Der Prozeß kann sich über Jahre hinziehen und nimmt erst einen deletären Ausgang, wenn es zu Metastasen in anderen Organen, wie Niere, Milz, Lunge, Leber, Herz kommt. Im allgemeinen schreitet der Prozeß immer weiter fort, vorübergehend kommt es auch einmal zu einem Stillstand.

Was die Histopathologie anlangt, so sind in neuerer Zeit sehr interessante Zusammenstellungen von Grschebin und Maschkilleisson erschienen, die ergeben, daß im allgemeinen das Charakteristische dieses Krankheitsbildes die Akanthose und zahlreiche Mikroabszesse von teils tuberkuloidem Bau in der Kutis und Subkutis sind. Gegenüber der Tuberculosis cutis verrucosa fehlt bei der Blastomykose die im Vordergrund

Digitized by Google

stehende Hyperkeratose und Parakeratose. Außerdem zeigt sich bei der Tuberculosis cutis verrucosa in den Tuberkeln häufig käsiger Zerfall. Auch gegenüber der Lues können sich differentialdiagnostisch Schwierigkeiten ergeben, die nur durch den Pilznachweis im Gewebe oder Punktat, Tierversuch usw. ausgeschlossen werden können. Gegenüber dem Bromoderma tuberosum bzw. Jododerma tuberosum zeigt sich bei der Blastomykose der tuberkuloide Bau als differentialdiagnostisches Hilfsmittel. Gegenüber der deutschen Blastomykose ist, worauf ich schon hinwies, das Auffallende der geringe Nachweis von Hefepilzen im Gewebe, außerdem kulturell die Myzelbildung einerseits und die endogene Sporenbildung andererseits.

BUSCHKE faßt wegen des klinischen Bildes und der Morphologie der Hefepilze der GILCHRISTschen Erkrankung diese als Oidiomykosen zusammen und reiht sie in die große Krankheitsgruppe der Hefepilzerkrankungen ein, ebenso wie DARIER, HERXHEIMER, KYRLE, NEUBER, während DELBANCO ein gutartiges, spinozelluläres Epithelion vor sich zu haben glaubt, GRSCHEBIN und MASCHKILLEISSON eine Kombination von Epitheliom und Granulom auf Grund ihrer Studien an 3 Fällen von GILCHRISTscher Blastomykose annehmen zu müssen glauben.

Im allgemeinen werden die amerikanischen Hefepilzerkrankungen in 2 Gruppen eingeteilt:

1. die GILCHRISTsche Dermatose,
2. das Granuloma coccidioides.

Klinisch gehen beide Formen ineinander über, nur die Erreger differieren morphologisch wie biologisch. Im folgenden bringe ich die Krankengeschichte eines Falles, der den Oidiomykosen anzugliedern ist, wie sie vereinzelt auch in Europa von STEIN, GRSCHEBIN, MASCHKILLEISSON u. a. m. bisher beschrieben sind.

O. P., 62 Jahre alt, Werkmeister. Der Patient stammt aus gesunder Familie und war selbst früher immer gesund. Vor 1½ Jahren bildete sich auf dem Rücken ein Pickel, der sich allmählich vergrößerte. Patient wurde deshalb im Januar 1925 bestrahlt. Im Februar 1925 bildeten sich mehrere offene, eiternde Wunden. Im ganzen erhielt der Patient 11 Röntgenbestrahlungen, die letzte Anfang Mai 1925. Nach Angabe des Kranken war damals auch röntgenologisch keine pathologische Veränderung der Lungen nachgewiesen.

Aufnahmebefund: Lateral der Wirbelsäule links, etwa in Höhe des Angulus inf. scapulae, und weiter unterhalb bis zur Beckenkammhöhe eine Reihe linsen- bis wallnußgroßer Knoten, die sich in verschiedenen Entwicklungsstadien befanden, z. T. infiltriert, z. T. erweicht. Neben diesen Knoten zeigten sich auch Ulzerationen mit gerötetem, wallartigem Rande und gelbem bis gelbgrünem, eitrigem, stinkendem Belag auf dem Geschwürsgrunde. Bei der Punktion der erweichten Knoten unter streng aseptischen Kautelen ergab sich zäher Schleim, etwas gelblich verfärbt. Auf den mikroskopischen Befund komme ich zum Schluß im Zusammenhang mit den kulturellen Untersuchungen zurück.

Herz: Spitzenstoß hebend. Töne rein, regelmäßig akzentuiert.

Puls: Regelmäßig, weich, 82, o. B.

Lunge: Auskultatorisch wie perkutorisch o. B. Auch das Röntgenbild ergibt keine pathologischen Veränderungen. Gerade auf diesen Befund möchte ich schon jetzt besonders hinweisen, da trotz der kurzen Zeit des Ablaufs des schweren Krankheitsbildes sich später bei der Sektion schwere Veränderungen der Lunge gezeigt haben.

Milz und Leber o. B.

Magen- und Darmkanal o. B.

Blutbild: Erythrozyt. 3,8, Leukozyt. 14500, Eosinophil. 6%, Neutrophil. 22%, Basophile 27%, Lymphozyt. 41%, gr. Mononukleine 4%.

Digitized by Google

Blutsenkungsgeschwindigkeit: Nach 1 Stunde 24 mm, 2 Stunden 56 mm, 3 Stunden 68 mm, 4 Stunden 84 mm, 24 Stunden 112 mm.

Zystoskopie: Vorwölbung des Mittellappens der Prostata; im übrigen o. B. Funktionsprüfung nach 4,5 Minuten bei intravenöser Injektion von 10 ccm Karminviolett (JOSEPH) beiderseits tiefblau.

Nervenstatus o. B.

Prüfung des vegetativen Systems: 1 ccm Adrenalin 1:1000 subkutan:

Zeit	Blutdruck	Puls	Symptome	Leukozyten
x + 1	140	94	—	14000
2	140	94	—	—
3	150	100	Auffallende Blässe von Gesicht und Schleimhäuten	—
4	160	100	Patient ist sehr matt	16000
5	140	104	Es treten starke Schmerzen im Kopf, vor allem im Hinterkopf auf	—
6	145	105	—	15500
7	150	—	Patient macht verfallenen Eindruck, klagt über starke Unruhe	—
8	—	—	Zittern in den Extremitäten	—
9	155	100	Die fahle Farbe nimmt noch mehr zu	15000
10	142	105	—	15500 Abstrich
11	160	108	Nasenspitze schneeweiß verfärbt. Subjektives Befinden des Patienten verschlechtert sich weiter	—
12	150	100	—	—
13	—	—	Zittern des ganzen Körpers	17000
15	—	—	Befinden dasselbe	16000
16	155	95	Kopfschmerzen unerträglich	15400
17	150	—	—	—
18	150	95	Zunge beim Herausstrecken feinschlägig. Tremor, Unruhe hält an	15800
20	155	95	—	—
21	150	—	—	—
22	150	94	—	15900
25	155	94	—	16000
28	160	98	Patient fühlt sich sehr schlecht	15800
31	150	100	Schwäche dauert fort	16400
32	155	100	—	15800
33	150	105	Starkes Herzklopfen	—
35	—	—	—	Abstrich
36	155	108	—	16200
37	150	112	—	—
38	—	—	Beängstigende respiratorische Arythmie	
39	—	—	Leichte Herzmassage	—
40	150	108	Beschwerden bessern sich etwas	14800
43	135	105	Objektives Befinden besser	15400
44	150	108	Gesicht scheint etwas Farbe zu bekommen	15200
47	150	108	Patient gähnt sehr stark, ist sehr müde	15400
48	140	98	Das Gesicht bekommt mehr Farbe	15200
49	150	108	—	15400
50	140	110	Befinden bessert sich	15600
52	140	96	—	—
54	135	96	—	14800
56	140	100	Innere Unruhe läßt nach. Pat. ist noch müde	14800
59	140	96	—	14600
60	140	96	Patient fühlt sich noch matt	14600

Digitized by Google

Pilokarpin 0.25%ig, 3 Quaddeln am Unterarm, etwa 0,0005 Pilokarpin.

Zeit	Blutdruck	Puls	Leukozyten	Subjektive Symptome
x + 1	140	94	14000	—
3	120	94	—	—
7	120	94	14200	—
8	125	96	—	Pupillen verengert
10	125	94	14400	Gesicht etwas gerötet
13	130	94	14300	Subjektiv keine Beschwerden
15	125	94	14300	—
19	125	94	14600	—
23	125	94	14500	—
27	135	96	14200	Pupillen gleichmäßig verengert. Reaktion auf Lichteinfall und Akkomodation träge
35	140	94	14200	—
45	140	96	14200	—
50	140	94	14200	—

0,00033 Atropin subkutan:

Zeit	Blutdruck	Puls	Leukozyten	Subjektive und andere Symptome
x + 1	140	94	14000	—
3	135	104	13000	Pupillen erweitert
8	145	108	12500	Patient sehr unruhig
12	145	112	13000	—
17	145	118	13500	Patient klagt über Frösteln
20	140	98	13800	—
24	140	122	14200	Gesicht gerötet
28	140	94	14400	Patient fühlt sich matt
33	145	94	14800	—
38	140	98	14500	—
42	140	102	14000	Befinden besser
54	140	98	14200	—

Gasstoffwechsel: Die Bestimmung des Gasstoffwechsels des Patienten ergab unter Berücksichtigung der Berechnungstabelle nach Benedict eine Erhöhung von 12%. Die spezifisch-dynamische Prüfung ergab eine Erhöhung um 9%.

Histopathologisch ergab ein exzidierter Knoten starke Zapfenbildung des Epithels, die z. T. bis in die Subkutis reichte, mit zahlreichen, kleinen, eingelagerten Abszessen. Im frischen Präparat zeigen sich nach vorheriger Aufhellung vereinzelte, doppellichtbrechende, in Gruppen angeordnete, teils runde, teils ovale, Sprossungsform aufweisende, 8—10 μ große Gebilde. Bei der Gramfärbung finden sich diese grampositiv und treten wegen der intensiven Färbung besonders in den Vordergrund.

Ich komme nun zu den Untersuchungen der Punktionsflüssigkeit, die wir unter strengen Kautelen entnommen haben. Makroskopisch zeigte sich zähschleimige, etwas gelbliche Flüssigkeit. Voraus möchte ich schicken, daß ich zur Sicherung meiner Feststellungen Material den Herren Prof. V. Schillings und Dr. Joseph zur Begutachtung gegeben habe, denen ich an dieser Stelle besonders danken möchte; zusammenfassend ergab sich folgender Befund: Im hängenden Tropfen zeigten sich bis zu 5 μ lange, wie Stäbchen erscheinende, zum Teil in Reihen aneinanderliegende Gebilde. Daneben fanden sich aber auch zahlreiche kleine, runde Kügelchen (Sporen), zum Teil auch in Gruppen angeordnet, mit einer Kapsel (Chlamydosporen).

Digitized by Google

Um uns ein Bild über die Fortentwicklung zu machen, setzten wir das Präparat Brutofenwärme aus und beobachteten nach 2, 4, 6 und 24 Stunden die Veränderung des histologischen Bildes. Es stellte sich heraus, daß prozentual dem Einwirken der Brutofenwärme auf den hängenden Tropfen die Zahl der Fädenabschnürungen und ebenso die Länge derselben sich vermehrte. Im ganzen haben wir 8 Präparate nebeneinander untersucht und in allen gleichmäßig dieselben Entwicklungsstadien beobachten können. In Färbepräparaten, bei denen wir uns der gewöhnlichen Kernfärbemethoden bedienten — wir hatten ja wegen des eindeutigen Bildes keine Kontrastfärbung nötig — fanden wir mehr oder weniger lange, in unregelmäßigen Abständen eingeschnürte Fäden neben zahlreichen kleinen, bis 4 μ großen, kreisrunden Gebilden, die teils in Gruppen geordnet, teils verstreut waren. Von dem steril entnommenen Punktat haben wir dann weiterhin Kulturen angesetzt auf Agar, Maltose-Agar, Bouillon und Bierwürze. Die Kulturen gingen in etwa 3—8 Tagen an und zeigten sich als ziemlich dicke Auflagerung, mit dem Nährboden fest verbunden, von weißlicher Farbe, trockener, matt glänzender Oberfläche. Die Form der Kulturen war größtenteils rund, von etwa 1—1,5 cm Durchmesser, 0,5—1 mm Höhe, in dem mittleren Teil grob gekörnt, während sich am Rande ungefähr in Breite von $^1/_3$ des Gesamtdurchmessers der Kultur glatte Oberfläche zeigte. Die Kulturen auf Agar und Maltose-Agar zeichneten sich lediglich durch ein üppigeres Wachstum auf letzterem aus. Auf der Bouillon konnten wir auf allen sechs nebeneinander angestellten Kulturen eine zarte Kahmhaut feststellen, die morphologisch wie biologisch dieselben Erreger ergab wie die Kulturen selbst. Bierwürze wurde verflüssigt. Die Untersuchungen von Aufschwemmungen der Kulturen in physiologischer Kochsalzlösung ergaben histologisch im hängenden Tropfen wie im Färbepräparat dieselben Resultate, wie ich sie oben schon berichtet habe bei Untersuchung des frischen Präparates; besonders auffallend ist jedoch, daß hier echtes Myzel nachgewiesen werden konnte.

Die Hefevergärungsversuche mit dem Gärröhrchen nach EINSTEIN ergaben mit Monosacchariden Dextrose und Lävulose, in 1%iger Lösung keine Vergärung; bei Saccharose, Maltose, ebenso wie bei Dextrose keine merkliche Vergärung; Maltose-Agar zeigte keine Neigung zur Verflüssigung.

Versuche an Mäusen: Maus 1: 0,25 ccm der Pilzaufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung in die Schwanzvene. 2 Tage darauf war das Tier verendet. Sektionsbefund o. B.

Maus 2: 0,5 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Am 2. Tage entwickelt sich ein kleines Knötchen, am 7. Tage geht das Tier ein. In dem Knötchen neben ziemlich kräftiger Akanthose kleinzellige Infiltration. Hefepilze nicht nachweisbar. Sonst ist makroskopisch wie mikroskopisch kein pathologischer Befund zu erheben.

Maus 3: 0,5 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Das Tier verendete am 6. Tage. Ebenfalls Entwicklung von kleinen Knötchen, in welchen sich neben Akanthose kleinzellige Infiltration zeigte. Im übrigen kein pathologischer Befund.

Maus 4: 0,5 ccm der Pilzaufschwemmung intramuskulär. Es entwickelt sich ein Knoten. Das Tier verendete am 13. Tage. In der Lunge vereinzelt kleine, stecknadelkopfgroße, grauweiße Einlagerungen, sonst o. B. Histologisch in den Knoten kleinzellige Infiltration. Im ungefärbten Präparat nach Aufhellung mit Kalilauge doppeltlichtbrechende, kreisrunde, z. T. ovale Gebilde nachweisbar. Dagegen finden sich keine Myzelfäden. Der am 8. Tage angestellte Komplementbindungsversuch verläuft positiv.

Versuche an Meerschweinchen: Meerschweinchen 1: 1 ccm Pilzaufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung intravenös. Das Tier verendete nach 4 Tagen. Sektionsbefund: Hirn, Milz, Nieren o. B. Auf der Leber- ebenso wie auf der Lungenoberfläche zahlreiche, kleine, stecknadelkopfgroße, weiße, kreisrunde Herde. In Schnittpräparaten von Lunge und Leber makroskopisch nichts festzustellen. Mikroskopisch zeigte sich an den Stellen, an denen die weißen Herde waren, kleinzellige Infiltration; im ungefärbten Präparat nach vorheriger Aufhellung mit Kalilauge finden sich doppeltkonturierte Gebilde von 4—6 μ Größe, teils rund, teils oval. Myzel ist nicht nachweisbar.

Durch die Arbeiten von PETERS und EXNER veranlaßt, die im Urin massenhaft Pilze haben nachweisen können, habe auch ich Urinunter-

Digitized by Google

suchungen nach dieser Richtung hin angestellt, konnte aber keine pathologischen Veränderungen feststellen.

Blutkulturen ergaben auf Agar, Maltose-Agar und Bouillon ein positives Resultat und zeigten sich morphologisch wie biologisch identisch mit dem Ausgangsmaterial.

Meerschweinchen 2: 1 ccm Pilzaufschwemmung intravenös. Das Tier verendete nach 2 Tagen. Der Sektionsbefund ergab keine pathologischen Veränderungen, weder makroskopisch, noch histologisch.

Meerschweinchen 3: 1 ccm Hefepilzaufschwemmung intramuskulär. Im Verlauf von 4 Tagen entwickelt sich an der Injektionsstelle eine Infiltration, die sich allmählich weiter vergrößert, um nach 3 Wochen Haselnußgröße anzunehmen. Das Tier verendete am 27. Tage nach der Injektion. Blutkulturen fielen am 4., 6., 8. Tage negativ aus, vom 14. Tage ab positiv. Komplementbindungsversuche waren vom 2. Tage ab positiv. Im Urin konnten keine Pilze nachgewiesen werden. Sektionsbefund: Derber Knoten an der Injektionsstelle von etwa Haselnußgröße. Auf der Lungenoberfläche wie auch im Querschnitt zahlreiche, stecknadelkopfgroße, z. T. auch etwas größere, bis bohnengroße, grauweiße Herde, vor allem in den Lungenspitzen. Denselben Befund ergibt die Leber, während Milz, Hirn und Nieren keinen pathologischen Befund aufweisen. Histologisch ist es gelungen, in den Lungenherden, namentlich in der Intraalveolarsubstanz, neben kleinzelliger Infiltration im frischen Präparat nach vorheriger Aufhellung mit Kalilauge Hefepilze in Form von kreisrunden, teils ovalen Gebilden, die doppeltlichtbrechend waren, nachzuweisen. Das histologische Präparat der Leber ergab in das Leberparenchym eingelagerte Herde von kleinzelliger Infiltration, in denen wir nach Vorbehandlung mit Natronlauge im frischen Präparat Hefepilze fanden, und zwar von der oben angegebenen Form. Kulturen aus dem Abszeß ergaben Staphylokokkenüberwucherung. Trotz mehrmaliger Überimpfung waren Hefepilze nicht nachweisbar. Eine Kontrollimpfung mit diesem Kulturmaterial ergab auch wieder Staphylokokken, es scheint sich also bei diesen Kulturen nicht um Staphylokokkenüberwucherung von Hefepilzen zu handeln, sondern lediglich um Staphylokokken.

Meerschweinchen 4: 1 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär. Blutkulturen erst nach 18 Tagen positiv. Komplementbindungsversuche vom 4. Tage ab positiv. Im Urin Hefepilze nicht nachweisbar. Am 24. Tage ist das Tier verendet. Sektion: Lunge und Leber frei; in Nierenmark wie Nierenrinde zahlreiche grauweißliche Einlagerungen von unregelmäßiger Konfiguration. Im histologischen Präparat zeigen sich vor allem in der Umgebung der Glomeruli Herde von Granulationsgewebe mit vereinzelt eingelagerten Hefepilzen von rundlicher bis ovaler Form.

Meerschweinchen 5: 1 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Nach 5 Tagen hat sich ein etwa bohnengroßer Abszeß gebildet. Aus dem steril entnommenen Punktat lassen sich erneut Hefepilze nachweisen, die morphologisch wie biologisch mit dem Ausgangsmaterial identisch sind und sich kulturell weiterzüchten lassen. Nach der Punktion des Abszesses hat sich dieser langsam resorbiert; 14 Tage nach der Punktion war keine krankhafte Veränderung an dem Tiere nachzuweisen. Blutkulturen am 6., 8., 10., 12., 16. Tage waren negativ. Komplementbindungsversuche ergaben vom 2. Tage ab positive Resultate.

Meerschweinchen 6: 1 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Es entwickelt sich ein Abszeß, der sich sehr schnell und sehr stark vergrößert. Am 8. Tage setzt eine merkliche Veränderung des Tieres ein. Es liegt vollkommen ruhig, frißt nicht mehr und verendet 2 Tage später. Blutkulturen waren positiv, dagegen Urinkulturen negativ. Von den inneren Organen konnten in den Lungen pathologische Veränderungen nachgewiesen werden in Gestalt zahlreicher grauweißlicher Knoten bis zu Bohnengröße, die vor allem in den Lungenspitzen und in der Umgebung der Hilusdrüsen anzutreffen waren. Im Querschnitt fiel besonders die derbe Konsistenz auf und die Stumpfheit der Oberfläche gegenüber der des umgebenden Gewebes. Histologisch konnten im ungefärbten Präparat nach vorheriger Aufhellung mit Kalilauge Hefepilze nachgewiesen werden, dagegen keine Myzelfäden. Im Färbepräparat zeigte sich kleinzellige Infiltration.

Meerschweinchen 7: Intrakutane Impfung. Da nach 3 Tagen keine Veränderung zu sehen war, erneute intrakutane Injektion an von der ersten Stelle ziem-

Digitized by Google

lich entferntem Ort. Jetzt zeigte sich eine sehr interessante Erscheinung. An der ersten Injektionsstelle entstand am folgenden Tage eine Ulzeration von etwa Linsengröße mit wallartigem Rand und schmierig belegtem Grunde, die sich von Tag zu Tag vergrößerte und 8 Tage später eine etwa dreimarkstückgroße Fläche einnahm. Diese Beobachtung war um so interessanter, als an der zweiten Injektionsstelle in einem Zeitraum von 29 Tagen sich keine Erscheinungen zeigten, eine Bestätigung der Ansicht von WRIGHT von der negativen Phase, von der er sagt, daß erstens durch die Zufuhr von Antigenen die Normalantikörper z. T. gebunden werden, daß zweitens das Antigen eine Affinität zu den Zellen hat, die im Sinne EHRLICHS Antikörper produzieren. Am 29. Tage ging das Tier ein. Sektionsbefund: Keine Veränderungen der inneren Organe. Histologisches Präparat der Hautulzeration: Starke Akanthose mit mehreren Herden kleinzelliger Infiltration in der Subkutis. Pilze waren nicht nachweisbar. Blutkulturen waren dauernd negativ, Komplementbindungsversuche dagegen stets positiv.

Meerschweinchen 8 und 9: Perkutane Einverleibung. An der Impfstelle zeigte sich eine kleine Pustel, die am 4. Tage eingetrocknet war. Erneute Impfung rief keine Erscheinungen hervor. Komplementbindungsversuche und Blutkulturen fielen dauernd negativ aus.

Versuche an Kaninchen: Kaninchen 1: 2 ccm Hefepilzaufschwemmung intravenös. Nach einigen Tagen kam es zu einer Reaktion, das Tier wurde sehr unruhig, fraß nicht mehr. Tags darauf derselbe Befund. Nach weiteren 24 Stunden trat eine Besserung ein, die sich von Tag zu Tag steigerte. 14 Tage nach der Injektion Anlegen einer Kultur aus dem Blute, die positiv war. Anstellen eines Komplementbindungsversuchs, um eventuell das Serum zu therapeutischen Zwecken verwenden zu können. 6 Wochen nach der Injektion ging das Tier ein. Sektionsbefund: Hirn, Milz und Nieren o. B. Im Urin Hefepilze nicht nachweisbar. In den Lungen, vor allem in den Lungenspitzen, vereinzelte grauweiße Herde, die histologisch Granulationsgewebe zeigten. Hefepilze waren nicht nachweisbar. In der Leber vereinzelte grauweiße Herde, die histologisch kleinzellige Infiltration ohne Hefepilze zeigten.

Kaninchen 2: 4 ccm der Pilzaufschwemmung intravenös. Das Tier verendete 9 Tage nach der Injektion. Sektion: In der Lunge, vor allem in der Lungenspitze, zahlreiche bis linsengroße Abszesse, ebensolche in der Leber. Aus dem Pus der Abszesse angelegte Kulturen gingen nicht an. In der Nierenrinde vereinzelte stecknadelkopfgroße Abszesse. Herz, Hirn und Milz o. B. Bei den Lungen handelt es sich histologisch um tuberkelähnliches Granulationsgewebe, teilweise durchbrechend in die Bronchien. Hefepilze nicht nachweisbar. In den Nieren zeigte sich vor allem in der Umgebung der Glomeruli kleinzellige Infiltration mit vielen Erweichungsherden. Hefepilze konnten nicht einwandfrei nachgewiesen werden. Dasselbe histologische Bild zeigten die kleinen Herde in der Leber.

Kaninchen 3: 2 ccm intramuskulär. Es entwickelt sich ein Knoten, der bis zu Taubeneigröße wächst und Fluktuation aufweist. Im übrigen zeigt das Tier keine pathologischen Veränderungen. Eine nach 10, 20 und 30 Tagen vorgenommene Blutkultur geht nicht an. Komplementbindungsversuche sind positiv. Am 14. Tage wird der Abszeß punktiert und erneut Kulturen angelegt. Es ergibt sich morphologisch wie biologisch dasselbe Resultat wie bei dem Ausgangsmaterial. Weiterhin wurde ein Teil des Knotens exstirpiert. Es findet sich Granulationsgewebe mit kleinzelliger Infiltration in der Umgebung. In frischen Präparaten nach vorheriger Aufhellung mit Kalilauge waren Hefepilze nachzuweisen.

Kaninchen 4: 2 ccm intramuskulär. Es entwickelt sich eine Infiltration, die langsam im Wachstum fortschreitet; sonst zeigen sich keine klinischen Veränderungen. Blutkulturen sind bei einer Beobachtungszeit von 2 Monaten stets negativ, Komplementbindungsversuche dagegen positiv. Im Urin waren keine Hefepilze nachweisbar. Im histologischen Präparat des am 62. Tage exstirpierten Knotens fand sich Granulationsgewebe von tuberkelähnlichem Bau. Hefepilze waren nicht nachweisbar.

Kaninchen 5: 1 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Es entwickelt sich ein Knötchen, das langsam wächst, um nach etwa 3 Wochen zu erweichen. Aus dem

Digitized by Google

Punktat hergestellte Kulturen ergaben ein positives Resultat, während Blutkulturen bis zu einer Beobachtungszeit von 75 Tagen negativ verliefen. Komplementbindungsversuche fielen dagegen vom 3. Tage ab positiv aus. Urin o. B. Nach der Punktion zeigte sich Resorption des Krankheitsherdes, der dann im Verlauf von 8 Tagen zur Abheilung kam.

Kaninchen 6: 1 ccm subkutan. Es bildet sich ein langsam wachsendes Knötchen, das nach etwa 3 Wochen erweicht. Punktatkulturen fallen positiv aus, Blutkulturen bei einer Beobachtungszeit von über 2 Monaten negativ. Komplementbindungsversuche zeigen bereits vom 4. Tage ab ein positives Resultat. Im Laufe der Zeit bildete sich der Prozeß zurück und war nach etwa 10 Tagen nicht mehr feststellbar. Urin o. B.

Kaninchen 7: 1 ccm Pilzaufschwemmung intrakutan. Es kommt nach 4 Tagen zu einer Ulzeration, die bis zu Markstückgröße wächst und auf diesem Stadium stehenbleibt. Probeexzision ergab chronisch-entzündliches Gewebe. Hefepilze konnten nicht mit Bestimmtheit festgestellt werden. Blutkulturen waren stets negativ, Komplementbindungsversuche dagegen positiv. Urin o. B.

Kaninchen 8: 1 ccm intrakutan. Nach 6 Tagen zeigt sich eine Ulzeration, die schließlich Zweimarkstückgröße erreicht und dann nicht weiter wächst. Probeexzision zeigte chronisch-entzündliches Gewebe, in dem Hefepilze nicht sicher nachgewiesen werden konnten. Urin o. B. Komplementbindungsversuche fielen stets positiv, Blutkulturen immer negativ aus.

Bei Kaninchen 7 und 8 stellten wir dann therapeutische Versuche an mit einem von uns hergestellten Serum eines hochwertig immunisierten Kaninchens, und zwar fingen wir an mit 0,5 ccm und injizierten bei dem einen Tiere am 7. Tage nochmals 1 ccm. Wir konnten neben einer akuten Verschlimmerung des lokalen Prozesses eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens in Gestalt von Unruhe, Freßunlust usw. feststellen, während bei dem anderen Tiere, dem wir am 3. Tage nochmals 0,5 ccm injiziert hatten, eine deutliche Besserung des Krankheitsherdes wahrzunehmen war, der dann nach weiteren 4 Injektionen in gleichen Zeitabständen zur völligen Abheilung kam. Bei dem ersten Tiere besserte sich 4 Tage nach der zweiten Injektion das Allgemeinbefinden, während der Krankheitsherd sich nicht veränderte. Nach weiteren 4 Tagen begannen wir dann von neuem mit unserer Antitoxinbehandlung im gleichen Sinne wie bei dem anderen Tiere, konnten aber hier mit dieser Behandlungsmethode keine Besserung erzielen. Unser verwandtes Antitoxin hatten wir folgendermaßen hergestellt: Wir setzten eine Aufschwemmung einer Kultur in physiologischer Kochsalzlösung 5 Minuten in ein Kältegemisch von — 16° und injizierten diese inaktivierte Lösung einem Meerschweinchen und einem Kaninchen in die Ohrvene. Bei dem Kaninchen kam es zu einer Reaktion, die aber nur einige Stunden anhielt und die sich darin zeigte, daß das Tier völlig apathisch dalag. Nach 14 Tagen entnahmen wir Blut, machten einen Komplementbindungsversuch, der positiv ausfiel, und verwandten das Serum dann zu Versuchs- und therapeutischen Zwecken.

In diesem Falle hat auch wieder die eindeutige Pathogenität dieser Pilzart mich veranlaßt, biologische Versuche unter Berücksichtigung der Leukozytenschwankung nach Untersuchung zu verschiedenen Zeitpunkten nach der jeweiligen Impfung, sei es perkutan, subkutan, intrakutan, intramuskulär, bei einer größeren Versuchsreihe anzustellen, und ich bringe im folgenden an Hand von Tabellen die Untersuchungsbefunde.

Die Versuchsanordnung wurde dergestalt durchgeführt, daß alle Meerschweinchen subkutan mit 1,5—2,0 ccm der Pilzaufschwemmung geimpft wurden, 2 Tage später der Komplementbindungsversuch angestellt wurde, und nun zu den weiteren Untersuchungen nur die Tiere verwandt wurden, bei denen der Komplementbindungsversuch einwandfrei positiv ausfiel.

Zunächst wurden Tiere mit Yatrenpulver 5 Minuten lang an einer umschriebenen Stelle des Rückens intensiv eingerieben.

Digitized by Google

	I	II	III	IV	V	VI	Kontrolle
Ausgang	8400	9000	7800	8200	9200	7800	8000
	8200	9400	7600	8400	9600	7600	8200
Nach 10 Minuten	9200	10200	8400	9200	10600	8200	8400
	9400	10600	8800	9600	10800	8400	8200
Nach 30 Minuten	10400	12400	10200	10600	11200	9200	8800
	10600	12200	10400	10200	11400	8800	9200
Nach 1 Stunde .	15600	14800	12400	13400	12800	10200	9000
	15200	15200	12600	13600	12400	10600	8600
Nach 1½ Stunde	17200	18200	14800	15400	11500	12400	8200
	17000	18400	15000	15800	11700	12800	8000
Nach 2 Stunden .	18400	21200	12400	18000	14900	14200	8400
	18200	21600	17800	18400	15300	14600	8600
Nach 2½ Stunden	17800	19800	19200	19200	18400	16200	9000
	17700	19400	19400	19600	18800	16600	8800

Bei dem folgenden Versuche wurden bei 5 Meerschweinchen je 3 Quaddeln einer 5%igen Yatrenlösung gesetzt.

	I	II	III	IV	V	Kontrolle
Ausgang	7200	8200	7800	8800	7800	7200
	7300	8400	7500	8400	7600	7000
Nach 5 Minuten .	6800	7400	6200	7400	5800	7400
	6600	7600	6400	7200	5600	7200
Nach 15 Minuten	7200	8400	6800	8600	6800	7200
	7400	8600	7000	8800	7100	7400
Nach 30 Minuten	9200	10400	9400	10600	8800	7800
	9400	10600	9600	10800	9000	8000
Nach 1 Stunde .	10200	12200	11200	12200	11200	7600
	10200	12300	11400	12400	11400	7400
Nach 1½ Stunde	12200	13800	13200	14800	13400	7800
	12000	14200	13500	15100	13600	7600
Nach 2 Stunden .	11400	14600	15200	15400	15200	7600
	11200	14400	15300	15200	15400	7400

Bei der nächsten Untersuchungsreihe wurde jedem Tier 1 ccm einer 5%igen Yatrenlösung subkutan injiziert:

	I	II	III	IV	V	Kontrolle
Ausgang	7600	8200	7600	7200	8400	7200
	7400	8400	7300	7400	8200	7400
Nach 10 Minuten	9400	10600	9800	10200	10600	7800
	9600	10400	9600	10600	10800	7600
Nach 30 Minuten	12200	15200	14600	17400	18200	7200
	12400	15400	14600	17200	18600	7400
Nach 1 Stunde .	14600	18400	17400	20400	22800	7800
	14800	18800	17600	20600	22400	7600
Nach 1½ Stunde	20500	23200	22400	24200	28200	7200
	20500	23600	22800	24000	28400	7600
Nach 2 Stunden .	24500	26400	26800	28400	29800	7800
	24600	26800	26200	28200	29600	8200
Nach 3 Stunden .	17000	20400	18400	21400	23200	8000
	16400	20800	18200	21800	26600	7600

Digitized by Google

Schließlich wurde noch 1 ccm einer 5%igen Yatrenlösung intramuskulär bei 5 Meerschweinchen injiziert:

	I	II	III	IV	V	Kontrolle
Ausgang	9600 9200	8800 8600	7600 7400	9200 8900	8400 8800	8900 8600
Nach 10 Minuten	15400 15800	14200 14400	13400 13800	15800 15400	13800 14200	8200 8400
Nach 30 Minuten	22200 22600	18600 18800	19400 19800	19200 19600	18400 18600	9800 10200
Nach 1 Stunde .	28400 28800	26200 26600	24200 24600	26400 26600	23400 23600	9400 9600
Nach 2 Stunden .	32100 32400	28200 28400	27200 27600	29400 29800	27300 27700	9800 9400
Nach 2½ Stunden	36200 36400	31600 31200	32400 32800	36400 36600	38400 38800	9200 9600
Nach 3 Stunden .	28600 28400	26400 26200	26200 26400	28400 28600	28400 28800	9600 9200

Diese biologischen Untersuchungen sind insofern von Wichtigkeit, als sie in diesem wie dem vorhergehenden, nach dieser Richtung hin untersuchten Falle den von E. F. MÜLLER gefundenen Leukozytensturz bei intrakutanem Reiz bestätigen. MÜLLER erklärt auf Grund mühevoller experimenteller Arbeiten diese wichtigen Beobachtungen damit, daß im vegetativen System Wechselbeziehungen zwischen der Haut und dem Splanchnikusgebiet bestehen, die sich dadurch ausdrücken, daß bei einer Umstimmung in dem einen es zu einer gegenteiligen Reaktion in dem anderen Gebiet kommt; z. B. Leukopenie der Haut bewirkt Leukozytose des Splanchnikusgebietes und umgekehrt. Auf die Einzelheiten der Studien MÜLLERS einzugehen, würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen. Ich komme bei anderer Gelegenheit auf diese Versuche, die im übrigen noch weitergeführt werden, zurück. Ich hielt es jedoch für angebracht, schon an dieser Stelle die bisherigen Untersuchungen anzuführen, zumal mir die eindeutige Tierpathogenität ein gutes Material für die Nachprüfung zu liefern schien.

Ich komme nun zu dem Verlauf des Krankheitsbildes bei dem Patienten zurück. Zunächst wurde der Kranke mit Arsen ambulant behandelt. Lokal wurden Trypaflavinpuderungen und Salbenverbände angewendet. Im Verlauf der nächsten 14 Tage zeigten sich am Rücken immer stärker auftretende Knotenbildungen. Die Ulzerationen vergrößerten sich mehr und mehr, so daß es zur Konfluation kam und allmählich Ulzerationen von Kleinkinderhandtellergröße mit serpiginösen, wallartigen Rändern entstanden. Außerdem verschlechterte sich auch zusehends das subjektive Befinden des Patienten, so daß eine Aufnahme in die Klinik erfolgen mußte. Ich bringe nun einen Auszug aus der Krankengeschichte:

Am 6. VII. 25 (6 Tage nach der Aufnahme in die Klinik): Das Befinden hat sich weiterhin verschlechtert. Patient ist völlig benommen, phantasiert stark, reagiert nicht auf Anruf. Er wird jetzt mit der Autovakzine behandelt, und zwar mit 0,5 ccm subkutan beginnend.

Digitized by Google

15. VII. 25: Das Befinden des Patienten ist wenigstens subjektiv etwas gebessert. Das Bewußtsein ist klarer geworden und das Erinnerungsvermögen ist bedeutend besser.

21. VII. 25: Die Ulzerationen auf dem Rücken dehnen sich immer weiter aus. Patient klagt heute zum erstenmal über Schmerzen in der Brust und im linken Rippenbogen. Sonst fühlt er sich aber bedeutend wohler. Seit den Vakzineinjektionen haben sich die anfangs bestehenden, weit in die Tiefe reichenden, kraterförmigen Geschwüre durch Bildung frischer Granulationen abgeflacht. Dagegen kommt es mehr und mehr zur Konfluation der einzelnen Geschwüre. Das Allgemeinbefinden, besonders der Appetit, ist wesentlich besser geworden.

2. VIII. 25: Nach vorübergehender Besserung in den letzten Tagen befindet sich der Patient heute nicht nur objektiv, sondern auch subjektiv wieder bedeutend schlechter. Der Appetit ist geringer geworden, der Kranke klagt wieder über Schmerzen im Rücken, das Bewußtsein ist wieder schwach getrübt. In der Nachbarschaft der alten Stellen haben sich, besonders unter dem linken Arme, an den seitlichen Rippenpartien und an der rechten Ellenbeuge neue Geschwüre gebildet.

17. VIII. 25: Patient ist in den letzten Tagen stark abgemagert. Subjektives und objektives Befinden hat sich wieder sehr verschlechtert. Patient läßt dauernd unter sich und und klagt über Durchfälle.

23. VIII. 25: Das Befinden hat sich weiterhin ganz erheblich verschlechtert. Das Bewußtsein ist stark getrübt, gegen Abend völlig aufgehoben. Puls sehr unregelmäßig, schwach flackernd. In der Nacht tritt Exitus ein.

Bevor ich zu dem Sektionsbefund komme, möchte ich noch zwei Inokulationsversuche erwähnen, auf die ich wegen der Klärung der Pathogenitätsfrage außerordentliches Gewicht lege. Aus einem uneröffneten Knoten wurde die Punktionsflüssigkeit sofort subkutan in den rechten gesunden Oberarm injiziert. Nach 4 Tagen hatte sich eine Ulzeration gebildet, mit steilen Rändern, kraterförmig in die Tiefe reichend, schmierig belegt. Im Laufe der nächsten Zeit nahm die Ulzeration an Umfang immer mehr und mehr zu. Am 14. Tage wurde eine Probeexzision vorgenommen, bei der sich histopathologisch neben starker kleinzelliger Infiltration auffallende Akanthose zeigte, mit eingelagerten Herden von kleinzelliger Infiltration. Zusammenfassend hatte also der Impfversuch ergeben, daß sich an dieser Stelle ein völlig dem Krankheitsherd gleichwertiges Bild entwickelt hatte.

Sektionsbefund: Leiche eines sehr blutarm aussehenden Mannes. Auf dem Rücken ist eine Hautpartie von etwa 30 cm Länge und 15 cm Breite, zwischen den Schulterblätter beginnend bis etwa zum unteren Rippenrand, geschwürig zerfallen. Die große Geschwürsfläche setzt sich aus einzelnen kreisrunden, konfluierenden Geschwüren zusammen, die sich aus gelblichen, prominierenden Knötchen durch Zerfall derselben gebildet haben. Abseits von der großen, zusammenhängenden Geschwürsfläche finden sich derartige, noch im Beginn stehende Knotenbildungen aller Stadien. Im Grunde der großen Geschwürsfläche, soweit sie die Lederhaut durchsetzt, rötliche Granulationen. Beim Einschneiden in einzelne, bucklige Hervorragungen öffnen sich Zysten bis zur Haselnußgröße und darüber, die mit einem zähflüssigen Inhalt gefüllt sind und außerdem eiterähnliche Bröckel enthalten. Die Rippen sind außerordentlich leicht schneidbar, atrophisch, porös-brüchig.

Herz: faustgroß, schlaff, Speckgerinnsel in den Höhlen. Muskulatur sehr welk und brüchig. Klappen zart, auch die Aorta auffallend zart fast im ganzen Verlauf. Koronararterien frei. Leicht bräunliche Farbe der Herzmuskulatur, keine Schwielen.

Die linke Lunge zeigt an der Spitze und seitlich einige strangförmige Verwachsungen. Auch die rechte Lunge an der Spitze derbschwielig verwachsen. Im Spitzengebiet der linken Lunge im schiefrig indurierten Gewebe Kavernen mit schmierigem Inhalt und graubröckligen Massen. In der Umgebung noch gelbgraue Infiltrationen. In der Mitte des Unterlappens hinten eine daumendicke, längliche, zerklüftete, gangränartige Höhle mit ziemlich glatten Wandungen. Ein zuführender

Digitized by Google

Bronchus etwa dritter Ordnung zeigt am Eingang der Höhle eine umschriebene, um die ganze Peripherie reichende, gelbliche Infiltration der Wandungen und Lumverengerungen. Der gesamte Unterlappen ist konfluierend bronchopneumonisch verdickt. In der rechten Lunge im Spitzengebiet ebenfalls eine überwallnußgroße Kaverne in schiefriger Narbe. Die übrige Lunge, welche diffuse Bronchopneumonien zeigt, läßt noch einige graue Grüppchen Knötchen in den oberen hinteren Abschnitten des Unterlappens erkennen. Die Hilusdrüsen sind frei. Der lymphatische Rachenring tritt sehr wenig hervor.

An den Halsorganen keine Besonderheiten.

Die Milz ist etwa bis auf das Doppelte vergrößert, von bräunlicher Farbe, auf der Schnittfläche etwas weich und zerfließend.

Nebennieren schmal, mit wenig Lipoidgehalt.

Nieren blutarm und leicht verwachsen in der Zeichnung.

Blase, Prostata, Geschlechtsorgane o. B.

Im Magen sauer riechender Inhalt. Schleimhaut kadaverös verändert.

Dünndarm von bräunlicher Färbung der Wandung. Im Dickdarm schwärzliche Verfärbung ringförmig umschriebener Stellen mit kleinen, grauen Knötcheneinlagerungen.

Pankreas sehr schmal und klein, ziemlich derb.

Leber sehr klein und blaß, blutarm, etwas bräunlich, mit kleinen, deutlichen Läppchen. In der Gallenblase ein solitärer, mit Pigmentmantel umgebener Cholesterinstein.

Im Knochenmark fleckförmige, rote Inseln.

Mikroskopischer und bakteriologischer Befund: Mikroskopisch handelt es sich bei den Hautgeschwüren und -tumoren um breite und durchflochtene Zellstränge mit eingelagerten Abszessen. Die Zellstränge gehen anscheinend von den Lymphendothelien aus und durchsetzen das Korium bis an das Epithel, stellenweise durchbrechen sie es. Es handelt sich also um ein Bild, das an ein lymphangitisches Karzinom denken läßt. Auch das mikroskopische Bild der Bronchusinfiltration ähnelt dem eines zirrhösen Karzinoms. Kulturen aus dem Lungengewebe und aus uneröffneten Hautknoten gingen nicht an.

Zusammenfassend handelt es sich also in dem vorliegenden Falle um eine sichere Hefepilzerkrankung, die nach den vorliegenden Untersuchungen und nach unseren zuerst erhobenen Befunden höchstwahrscheinlich von der Haut ausgeht. Was die Pathogenitätsfrage anlangt, so ist die Entscheidung, worauf ich schon früher hinwies, aus folgenden Gesichtspunkten recht schwierig. Zunächst sind bekanntlich sämtliche Hefepilze Saprophyten und die Umwandlung in eine pathogene Form ist besonderen Faktoren, wie z. B. lokaler und allgemeiner Disposition des Patienten selbst und den damit veränderten Lebensbedingungen für die Pilze, zuzuschreiben. Außerdem kommt noch hinzu, daß ANTHONY und HERZOG auf syphilitischen Geschwüren sekundäre blastomykotische Infektion, STEIN aus Komedonen, die in der Umgebung eines Lupus tumidus der Nase lokalisiert waren, ferner EHRMANN bei Acne vulgaris im Gesicht, was auch von MARCINOWSKY und BOGROW bestätigt wurde, haben nachweisen können. Unterstützend in der Bewertung der im vorliegenden Falle gefundenen Hefepilze als selbständige Erreger mußten weitgehendst sämtliche Hilfsmittel angewendet werden. Neben dem streng aseptischen Entnehmen des Untersuchungsmaterials scheinen mir die Autoinokulationsversuche von besonderer Wichtigkeit, ganz abgesehen von den Agglutinations- und Komplementbindungsversuchen, nicht zu vergessen selbstverständlich die Tierversuche, die weitere Anhaltspunkte ergeben haben. Aus diesem Grunde glaube ich auch mit Sicherheit an-

Digitized by Google

nehmen zu dürfen, daß der vorliegende Fall eindeutig als Hefepilzerkrankung aufzufassen ist.

Ich komme nun zu der nächsten Frage, der sich im allgemeinen genau dieselben Schwierigkeiten entgegenstellen wie der Beurteilung der Pathogenität, nämlich der Frage der Einrubrizierung des als Erreger gefundenen Pilzes in eine der Hefepilzgruppen. Kulturell wie auch morphologisch dachten wir zunächst an eine kleinsporige Variation des Soorpilzes, welche Ansicht auch von V. SCHILLINGS und JOSEPH vertreten wurde, vor allem unter Berücksichtigung der Verflüssigung von Bierwürze. Doch im Hinblick auf die klinischen Symptome und die Morphologie des Hefepilzes im Gewebe bei genauer Nachforschung der Erreger der bisher als amerikanische Blastomykose aufgeführten verschiedenen Hefepilzgruppen läßt sich nach der von BUSCHKE angegebenen Zusammenstellung dieser Pilz auch hier einreihen. Weiterhin deuten die histopathologischen Befunde, die auffallende Akanthose mit den zahlreichen Mikroabszessen, darauf hin, daß hier das in Europa so selten beschriebene Bild einer GILCHRISTschen Blastomykose vorzuliegen scheint. Bemerkenswert ist jedoch, daß in unserem Krankheitsfall nicht die in der amerikanischen Literatur besonders erwähnte Ähnlichkeit mit der Tuberculosis cutis verrucosa vorliegt. Aber es sind auch von anderen Autoren — DE AMICIS und SHEPHERD — ähnliche Krankheitsbilder beschrieben, die der GILCHRISTschen Gruppe eingereiht wurden.

Von Funden mittelalterlicher Syphilis

Von

Prof. A. v. NOTTHAFFT in München

II.

Im 7. Buch des ODO VON CLUNY findet sich Vers 526—535 eine weitere Stelle, die HILDEBRAND[1]) ebenfalls als Schilderung von „Lustseuche", „Geschlechtspest" und „Verbreitung der Syphilis durch unsauberen Geschlechtsverkehr" auffaßt.

Er übersetzt: „Wenn schmutzige Wollust auch nur eine ganz kurze Zeit währt, bereitet sie dem plötzlich Sterbenden ewige Verdammnis ... Wen der Leib verlockt oder Hoffart aufbläht, die ihn vergessen läßt den über alle Maßen liebevollen Christus, mit Entsetzen soll der Elende wahrnehmen, wie er als Opfer der Geschlechtspest dahinsiecht ... Die Beschaffenheit seines Blutes und dessen Verderbnis soll er erkennen. Wenn sein Leib keusch geblieben wäre, wie schön würde er bei der Auferstehung dastehen!" (Die Auslassungen sind von uns.)

Aber auch hier berücksichtigt HILDEBRAND den Zusammenhang zu wenig und übersetzt ganz willkürlich. Die fraglichen Verse finden sich inmitten eines von Vers 515—541 reichenden Abschnittes. Es wird hier dargetan, daß Gott den Hoffärtigen und den Sinnenknechten so viel

---

[1]) M. m. W., 1925, Nr. 11, S. 442, und Derm. W., 1925, Nr. 51, S. 1844.

Digitized by Google

Zeit und Vernunft bewahrt, daß sie zu ihm zurückfinden können, wenn sie nur wollen. Die Sünder sollen daher immer die Kürze und Nichtigkeit des Lebens bedenken und nicht vergessen, daß es jeden Augenblick zu Ende gehen könne. Nun kommen die angeblichen Syphilisverse 526—535.

„Tempore permodico quod agit cenosa libido, / Praeparat aeternos subito morientibus ignes; / Delicias aufert, quas rex in fine reservat. / Quem cutis illecebrat vel ventosus tumor inflat, / Quem facit inmemorem Christum super omnia dulcem, / Horreat obsceno miser intabescere tabo! / Degustet potius, quam sit suavissimus auctor, / Cuius amore suam poterat compescere carnem! / Qualis erit taffo, videat, quae facta putredo, / Et si casta foret, surgens quam pulchra fuisset! Dazu noch Vers 536: Sic facile spernet, quod nunc quasi pulla suadet."

Zu deutsch: „Was in kurzer Zeitspanne die schmutzige Begierde hervorbringt, bereitet den plötzlich Sterbenden ewiges Feuer und nimmt ihnen die Wonnen, die der (himmlische) König am Ende (der Welt) bereitet hat. Der Unselige, den die Haut (Leib) lockt oder windiger Hochmut aufbläht, den sie den über alles süßen Christus vergessen macht, der soll (wenigstens) vor dem gänzlichen Untergang im schmutzigen Gift zurückschaudern. Er möge vielmehr kosten, wie überaus mild der Schöpfer ist. Durch Liebe zu Gott hätte er sein Fleisch zügeln können. Er möge zusehen, wie es im Grabe sein und welche Fäulnis da entstehen wird, und wie schön, wenn es rein wäre, es auferstehen würde! (Dazu noch Vers 536:) Dann wird er leicht verachten, was jetzt gewissermaßen das Fleisch (?) rät." Daher, heißt es dann in den unmittelbar sich anschließenden Versen 537—541, soll der Sünder trachten, nach seinem Fall bald wieder die Verzeihung Gottes und dadurch die Rettung zu gewinnen.

Der Sinn der Stelle ist hiermit klar: Die Freuden der Wollust werden um ewigen Tod erkauft. Während der Gerechte am jüngsten Tage in strahlender Schönheit aufersteht, bleibt der Leib des unversöhnt mit Gott Gestorbenen eine Beute der Fäulnis. Das soll der Sünder immer bedenken und daher, wenn er gefallen ist, die Verzeihung Gottes gewinnen. Von einer Krankheitsschilderung kann keine Rede sein. Es ist, wie ich in meiner Besprechung (l. c.) schon darauf hingewiesen habe, trotz der medizinischen Bilder nicht von Krankheit, sondern von der Seele des Menschen die Rede. Allerdings darf man auch nicht mit SIGERIST (l. c.) alles als nur moralisch gemeint auffassen: Die „Putredo" ist schon echte Fäulnis, nicht etwa bloß moralische, aber nicht die Fäulnis des lebenden Körpers (HILDEBRAND: „Verderbnis des Blutes"), sondern des gestorbenen. „Tabum obscoenum" ist dagegen einfach das schmutzige Gift der Wollust. Nichts zwingt, diese Worte mit „Geschlechtspest" zu übersetzen. Der Vers „Qualis erit taffo, videat, quae facta putredo" ist mit „die Beschaffenheit seines Blutes und dessen Verderbnis soll er erkennen" irrig übersetzt. HILDEBRAND ist hierzu durch FORCELLINI (totius latinitatis Lexicon) verleitet worden; hier wird das „sehr seltene Taffo (auch Tabo)" als im engeren Sinne mit „sanguis", im weiteren mit „Leib" übersetzbar angegeben. Das mag richtig sein. Bei ODO aber heißt es keines von beiden, sondern ist das griechische „τάφος = Grab". Die Occupatio ist ja mit griechischen Wörtern gespickt, die oft fürchterlich verdorben wiedergegeben sind! Jene gelehrten Herren des Mittelalters liebten es, durch eingestreute griechische Brocken eitel auf ihre Belesenheit hinzuweisen. (SWOBODA in der Vorrede zur Occupatio, S. VIII.) — Auch SIGERIST weist (l. c.), wenn auch ohne näheree Begründung, die Deutungen HILDEBRANDs zurück.

Digitized by Google

Aber noch an einer dritten Stelle der Occupatio hat HILDEBRAND [1]) die Lustseuche gefunden. Ja, ODO VON CLUNY habe sogar als erster frühmittelalterlicher Autor sie „in allen ihren Formen als ein Allgemeinleiden sui generis" erkannt. Ver 906—912 des 3. Buches übersetzt HILDEBRAND nämlich folgendermaßen:

„Das Fleisch, das die Ansteckung durchbohrt, das sie gleichsam durchfurcht, es zerschindend wie ein das Erdreich umreißender Karst als Folge törichter Sinnenlust, trägt Verheerungen zur Schau, deren Ursache natürlich die Lustseuche ist. Um nicht zu reden von den entsetzlichen Krankheitsbildern der fressenden Seuche, die nicht einmal Hippokrates aufzählt, und um zu schweigen von den qualvollen seelischen Leiden, die in gleicher Weise den Geist zerrütten, ist selbst in der Tat das physische und psychische Befinden, das äußerlich, so gut es geht, den Eindruck der Unversehrtheit erweckt, hinfälliger und zerbrechlicher als Glas, schwankend und wankend in schwebender Pein."

In diesen Zeilen findet er „schwere Hautlues", „Knochenzerstörungen", „Eingeweidelues", „Neurasthenia gravis", „Tabes, Paralyse, Gehirnlues" und „Lues latens" geschildert oder angedeutet.

In Wirklichkeit ist die Sache so: Buch 3 tut dar, wie der Mensch nach dem Sündenfall immer tiefer in die Sünde verstrickt ward. Nachdem in den vorausgehenden Versen besonders die Entsetzlichkeit mannmännlicher geschlechtlicher Beziehungen hervorgehoben, greift der Autor jetzt wieder auf Erbsünde und Unzucht zurück:

Vers 903ff.: „Quod pius ergo pater dedit indulgentius uti, / Pessima pravorum crimen praesumptio fecit. / Hinc grave ferre iugum finem usque meretur ab ortu; / Nam caro, quam terebrat pollutio, quasi quam sulcat, / Hanc scindens rastris rerum, quas stulta cupiscit, / Fert coruptelas, quidni serit hasce voluptas. / Preter enim morbos, quos nec numeraret [2]) Ypocras, / Preter mordaces curasque perinde vorantes / Ipsa profecta salus, sospes quae utcumque videtur, / Debilior vitro, dubia est et pendula nutat. / Pullulat ultro malum, quod obest, quod inofficiosum, / Est quod et utilius, graviore labore paratur / Et citiore perit casu pigriusque resurgit. / Comparat hoc miseris praesumptio stulta superbis, / His gradibusque suam satagunt celerare ruinam."

Zu deutsch: „Was also der gütige Vater in Gnaden zum Gebrauch gegeben hatte, das machte die schlechte Vorwegnahme der Verderbten zu Sünde. Daher verdient er, das schwere Joch von der Geburt bis zum Tode zu tragen [3]); denn das Fleisch, welches die Unreinheit durchbohrt, welches sie gewissermaßen pflügt und dann aufreißt mit der Egge der Dinge, die es in seiner Torheit wünscht, trägt Verderben; sicher sät dieses die Wollust. Denn abgesehen von qualvollen Krankheiten, die auch Hippokrates nicht aufzählen würde (oder ‚könnte' oder, wenn man die Lesart ‚numerarat' wählt: ‚aufgezählt hat' oder ‚aufgezählt hätte'), und ebenso fressenden Sorgen ist in der Tat auch die (ewige) Seligkeit [4]), wie gesichert sie auch immer scheinen mag, zerbrechlicher als Glas und zweifelhaft und schwankt ungewiß. Das Übel bringt weiter hervor, was schadet und unbrauchbar ist; und was nützlicher ist, wird mit mehr Mühe geschafft, geht in schnellerem Falle zugrunde und erholt sich

[1]) HILDEBRAND, PH., Zur Geschichte der präkolumbischen europäischen Syphilis. Derm. W., 1926, Nr. 26, S. 1312. — [2]) Eine Handschrift, welche HILDEBRAND begreiflicherweise hier vorzieht, hat „numerarat". — [3]) Gerade dieser ganz allgemein gehaltene Satz legt die Beziehung zur Erbsünde nahe. Nächstens wird man aber vielleicht hierin die Erbsyphilis finden. — [4]) Nach DIEFFENBACH, Glossar. latino-germ. med. et inf. aetat. Suppl., Frankfurt 1875.

Digitized by Google

lässiger. Dies bereitet die törichte Vermessenheit den unglücklichen Stolzen, und durch solche Schritte arbeiten sie an der Beschleunigung ihres Unterganges."

Die Stelle verlangt keine Erklärung. Sie lehrt nichts als den alten Glauben, daß durch den Sündenfall Sünden, Krankheiten, Sorgen, Tod und anderer Jammer in die Welt gekommen sind. Aber HILDEBRAND übersetzt einfach „pollutio" mit „Ansteckung", „voluptas" mit „Lustseuche" und „salus" mit „physisches und psychisches Befinden". So bekommt man freilich die Syphilis.

Um die Mitte des 11. Jahrhunderts ward ein französischer Flüchtling mit Namen SEXTUS AMARCIUS in Deutschland Geistlicher. Seine satirischen „Sermones"[1]) sind ein schlechtes Epigonenwerk. Wenn man recht gutwillig ist, kann man ihnen kulturhistorischen Wert zuschreiben. Hier hat HILDEBRAND[2]) zwar nicht, wie er meint, eine Schilderung des Sekundärstadiums der Syphilis entdeckt, wohl aber eine Stelle, die beim ersten Anblick wirklich an Syphilis denken läßt. Nach ihm schildere der Dichter eine Bordellszene. Ein Dirnlein, eine „Teufelin (Erinis)", suche den Gast zuerst mit Lautenspiel zu betören. Dann biete sich die Dirne, ausgelassen wie sie sei, auf einem Ruhebette dar. Dieser aber habe wegen der Ansteckungsgefahr zunächst Bedenken; dann aber, als er sich anscheinend durch eine körperliche Untersuchung von der Gesundheit des Mädchens überzeugt hatte, habe er diese Bedenken aufgegeben. „Warum", rufe er aus, „soll ich ‚Weh mir' sagen, wenn die Krankheit sie nicht plagt, wenn die strotzenden Papeln, wenn die bohrenden Seitenschmerzen bei ihr fehlen?" Pleurodynie wird bei Frischsyphilitischen durch Rippenostitis erzeugt. Vermutlich stünde das Wort „Pleurisis (Seitenschmerz)" nur aus metrischen Gründen für das allgemeinere „Knochenschmerz (dolores osteocopi)".

Sieht man sich nun das Original an, dann zerfließt der ganze Syphilistraum. Zum Verständnis der Stelle ist es auch (wie überall) notwendig, den Zusammenhang festzustellen. Es handelt sich um das 5. Kapitel des 1. Buches: „Von den verschiedenen Arten der Unersättlichkeit", beginnend mit Vers 352 und endigend mit Vers 456 der Dichtung. Gleich am Beginn heißt es: „Nun vernimm von verschiedenen Geschossen der Üppigkeit!" („Nunc de missilibus diversis accipe luxus!") Im folgenden erfahren wir sie, und zwar Vers 360—366: die flammende Lanze (flammifera hasta) von Liebe und Sinnlichkeit, dann Vers 367—406, wie mit einem aus dem Walde der 1000 Wohlgeschmäcke gebrochenen Spieß die Schwelgerei den Schlemmer angreift. Darauf folgt nun Vers 407—443: wie der Luxus die Ohren eines Dritten mit klingender Laute (?) verwirrt, indem er ihn zum Narren der Musik und der Possenreißer macht. Endlich wird Vers 443 bis Schluß die Jagdleidenschaft gegeißelt.

---

[1]) Sexti Amarcii Galli, Piosiotrati sermonum libri IV. Edit. M. Manitius, Leipzig 1888. — [2]) HILDEBRAND, PH., Zur Geschichte der Syphilis. M. m. W., 1924, Nr. 31, S. 1083. — Derselbe, Syphilis im 11. Jahrhundert. Derm. W., 1925, Nr. 16, S. 576. — Derselbe, Zur Geschichte der frühmittelalterlichen Syphilis. Derm. W., 1925, Nr. 51, S. 1843.

Digitized by Google

In dem Abschnitt über die Musikleidenschaft stehen nun die Verse, welche für HILDEBRAND Syphilisschilderung sind. Es heißt da Vers 407 bis 423:

„Alterius molles perturbat harundine Erinis / Auriculas resona, tenui volat illa susurro / Diffinditque cito cerebrum vitale volatu / Ocior ac tigris rapidis agitata molosis; / Nec tam pernici quassatur machina choro. / Tum sese in sponda vovet ut lasciva puella. /" Fehlt ein Vers. / „„Vellem ori dulcis blandiretur cibus, aures / Mulcerent moduli, brevis hic quia mansio nobis. / Ve mihi cur dicam, si morbo non agitur, si / Turgentes papulae, si torquens pleurisis absit? / Non talis mihi mens; puer, o puer ales adesto, / Scin aliquem liricum, dic, aut gnavum chitaristam / Aut qui quasso cavo concordat tympano plectro? / Scito quidem, si non mulcebit Lidius aures / Has — sed curre, ardet mea meus in amore canendi, / Ut torrela foco vel aduncа cremacula igni." "

Zu deutsch: „Eines anderen[1]) weichliche Ohren verwirrt mit dem klingenden Spiel die Erinis (HILDEBRAND: Teufelin, nämlich die Üppigkeit). Mit zartem Summen fliegt es dahin (HILDEBRAND besser: Mit leisem Summen rauschen die Töne dahin) und in raschem Fluge bringt es das . . .[2]) Gehirn (das ist den Verstand) auseinander, schneller als ein von rasenden Hunden gejagter Tiger; und nicht wird mit so raschem Reigen die Bühne erschüttert. Dann verlobt (weiht, aufopfert?) jener sich auf dem Faulbett wie ein gelüstiges Dirnlein" oder vielleicht: „Dann wünscht er wie ein gelüstiges Dirnlein" oder auch: „Dann . . . sich, wie auf dem Lager das gelüstige Dirnlein wünscht", . . . denn der folgende Vers fehlt, so daß jede genauere Konstruktion und jedes Erfassen des Sinnes unmöglich ist. Nun kommt, was sich der Musiknarr oder die beiden wünschen: „Ich möchte, daß süße Speise dem Mund schmeichle, daß die Ohren von Melodien sanft berührt werden; denn nur kurz ist unser Weilen auf dieser Erde. Warum soll ich ‚Weh mir!' sagen, wenn man nicht krank ist, die strotzenden Knötchen und die quälende ‚Pleurisis' fern sind? Danach ist nicht mein Sinn gerichtet. Herbei, Knabe, herbei auf Flügeln, Knabe! weißt du irgend einen Leierspieler, rede!, oder einen fleißigen Zitherspieler oder einen, der mit hohlem Schlägel harmonisch die Trommel schlägt? Fürwahr, wisse, wenn nicht ein Lydier diesen Ohren Ergötzung bereiten wird — doch lauf', meine Seele glüht vor Liebe zum Gesange wie Holz im Herd oder der Schürhaken im im Feuer."

Man kann also folgendes feststellen: 1. Die Stelle ist verstümmelt, und zwar fehlt gerade an der für HILDEBRAND entscheidenden Stelle ein Vers. Es ist aber gänzlich unzulässig, aus einer Stelle, die keinen Sinn hat, eine Diagnose herauszulesen. 2. Das Dirnlein bietet sich nicht auf einem Ruhebett preis, macht auch keine Musik und kommt auch nicht als eine Besitzerin von breiten Kondylomen und Dolores osteocopi in Frage. Denn sie existiert gar nicht (!!). Es heißt ja doch nur, daß der Musiknarr sich benimmt wie ein ausgelassenes Mädchen (ut lasciva puella)! 3. Die Szene spielt auch nicht in einem Lupanar, sondern vermutlich im Hause des Musikfexen. Dieser schickt auch nicht, wie HILDEBRAND frei übersetzt, „Amor den geflügelten Knaben" um Sänger, Zitherspieler

[1]) Schon in der späteren Kaiserzeit steht alter für alius. — [2]) Vitale. Ich übersetze das mehrdeutige Wort absichtlich nicht.

Digitized by Google

und Trommler, sondern seinen Laufburschen, der beflügelten Schrittes[1]) kommen soll. 4. In dem ganzen Abschnitt ist nur von Musik und Ähnlichem, nicht vom Geschlechtlichem die Rede. Die erotische Maßlosigkeit ist ja schon vorher Vers 360—366 abgemacht! 5. Die Puella, der beflügelte Knabe, die papulae und die Pleurisis haben HILDEBRAND verführt, hier Syphilis zu finden. Wie es mit Amor und der Puella nichts ist, so ist es aber auch mit den Papeln und der Pleurisis nichts. Unter Papeln hat man verschiedene Hautleiden, darunter auch anscheinend schwere, verstanden (cfr. CELSUS, lib. 5, cap. 28, 18!) BLOCH[2]), der eine wirklich sehr gute, erschöpfende Darstellung der antiken Venerologie gegeben hat, erwähnt sie nicht unter den örtlichen Geschlechtsübeln. Es ist mir nicht bekannt, daß man in der frühmittelalterlichen Zeit „papulae" überhaupt von Geschlechtspapeln der Geschlechtsorgane im Sinne der modernen Syphilidologie gesagt oder gar nur von diesen so gesagt hat[3]). Was „Pleurisis" ist, wissen vorläufig weder HILDEBRAND noch ich. Wahrscheinlich irgend ein Brustübel. Hierin nun gerade syphilitische Periostitis oder gar als pars pro toto Dolores osteocopi anzunehmen, ist völlig willkürlich. Außerdem ist es doch höchst merkwürdig, daß statt der vielen auffallenden Symptome der Syphilis ein verhältnismäßig wenig bekanntes von einem Laien angeführt wird[4]). Auch könnte der Liebhaber wohl die Kondylome, aber nicht die Pleurodynie bei seiner Geliebten entdecken. 6. Die Teufelin (Erinis) ist natürlich auch nicht das gar nicht existierende Lautenmädchen, sondern die luxuries, welche die verschiedenen Üppigen mit ihren massilibus (Geschossen) trifft, einen mit der Lanze der Sinnlichkeit, den zweiten mit dem Spieß aus dem Walde der Wohlgeschmäcke, den dritten mit dem Werkzeug der Musik. 7. Der Sinn der Rede des Musikfreundes ist einfach: Warum soll ich mich nicht des Lebens freuen, solange ich gesund bin?

In den Versen 360—364, in welchen, wie oben schon erwähnt, geschildert ist, wie die luxuries auf die eine Menschengruppe den Spieß der sinnlichen Liebe schleudert, soll nun ebenfalls die Syphilis geschildert sein.

Es heißt da: „Huius flammifera lumbos transverberat hasta / Blandius effusum detentans vulnere caeco. / Palpitat ille cadens coituque avertere pestem / Cogitat immissam, vulnusque ita curat ut ille, / Qui lippo suadet varias spectare figuras etc."

Zu deutsch: „Des einen Lenden (mit dem Nebenbegriff des Geschlechtlichen, wie wir ja auch heute noch von „Lendenkraft" eines Mannes reden, aber nicht not-

---

[1]) Vgl. Ovid Metam., X, 587: Passu volat alite virgo. VIRGIL, Aeneis, VIII, 430: Alitis austri. HORAZ, Od, IV, 1, 10: Venus purpureis ales oloribus. Daher heißt es auch Vers 422 curre (lauf!) und nicht „fliege"! — [2]) BLOCH, l. c., Bd. 2, S. 708 ff. — [3]) In meinem ganz kurzen Referat (Derm. W., 1925, Nr. 13, S. 494) zu HILDEBRANDS Arbeit habe ich die Übersetzung von „morbus" mit „Krankheit" als willkürlich bezeichnet. In Nr. 51 der Derm. W. gleichen Jahres wendet sich HILDEBRAND mit Recht gegen diese Beanstandung. Was er dagegen sonst hier vorbringt, glaube ich in dieser Arbeit widerlegt zu haben. — Will man, wozu gar keine Veranlassung besteht, die „Turgentes papulae" gerade an den Genitalien suchen, so müßte man übrigens auch mit spitzen Kondylomen rechnen. Vgl. JUVENAL, Satirar. Lib., I, 2, Vers 13: Tumidae mariscae! — [4]) An dieser Feststellung wird dadurch nichts geändert, daß HILDEBRAND in zwei modernen Lehrbüchern die Schmerzen am Rippenbogen als „außerordentlich charakteristisch" bezeichnet findet. Ich gestehe ehrlich, daß ich nach einer bald 30jährigen theoretischen und praktischen Beschäftigung mit der Syphilis jetzt zum ersten Male von diesem Syphiliszeichen gehört habe.

Digitized by Google

wendig gerade dann Geschlechtsteil) schlägt sie mit flammender Lanze und fesselt den übermäßig der Liebe Ergebenen mit unsichtbarer Wunde. Er zuckt im Fall und sucht durch den Beischlaf das hineingeschleuderte Verderben abzuwenden. Aber er behandelt die Wunde wie jener, der einem Triefäugigen die Betrachtung verschiedener Bilder anrät, usw."

Ich verstehe die Stelle einfach so, daß der von der Wollust Getroffene vergeblich versucht, sich durch den Beischlaf Erleichterung von seiner Sinnlichkeit zu verschaffen. Ich glaube auch nicht, daß „caecum vulnus" und „pestis" körperliche Leiden sind, und die Erklärung HILDEBRANDS, daß der zur Heilung geübte Geschlechtsverkehr den Zweck habe, die nach der Meinung der Alten als durch verdorbenen Samen entstandene Geschlechtskrankheit loszubringen, scheint mir schon aus historischen Gründen unzulässig. Aber auch, wenn es sich hier um ein körperliches Leiden handeln würde, müßte man doch zunächst an den Tripper denken und nichts spräche auch dann gerade für eine Syphilis[1]).

Kürzer kann ich mich mit der letzten Stelle fassen, welche HILDEBRAND auch bei SEXTUS AMARCIUS, aber im 3. Kapitel des 1. Buches, Vers 259—262, gefunden hat. Hier wird von dem Zerfall der Sitten im geistlichen Stande gehandelt.

Und dann heißt es: „Visere nunc discunt meritoria feda scolares, / Sanctarum fugiunt habitacula reliquiarum, / Non turpis flatus, non illos polipus arcet, / Non unce nares, non dependentia labra."

Zu deutsch: „Nun lernen die Klosterschulen die abscheulichen Hurenhäuser besuchen und sie fliehen die Wohnstätten heiliger Reliquien. Kein garstiger Atem, kein Polyp hält sie ab[2]), nicht krumme Nasen, nicht herabhängende Lippen."

Der Sinn ist klar: Die Buben sind so geil, daß sie mit jedem Scheusal anfangen. Aber krumme Nasen können für die Syphilisfinder nur Sattelnasen sein, und von Sattelnasen kennen sie nur syphilitische[3]). Selbst Sokrates hat man, weil er eine Stumpfnase hatte, zum Erbsyphilitiker gemacht[4]). Es ist nur zu verwundern, daß meines Wissens noch niemand auf den Gedanken verfallen ist, statistische Berechnungen über das Vorkommen syphilitischer Sattelnasen beim Volke Libussas anzustellen. Die Zahl derselben müßte sich als überwältigend erweisen[5]).

Von einem Franzosen des 12. Jahrhunderts, WILHELM VON BLOIS, rührt die Elegie „Alda"[6]) her. Nach der Aussage des Dichters ist sie einer Volkserzählung nachgedichtet, die aus einem damals vielleicht noch vorhandenen, jetzt verlorenen Stück des späten Griechen MENANDER herrührt. Sie ist gewandt und fein in der Form, aber das Haschen nach

---

[1]) Wer hier „caecum vulnus" und „pestis" als körperliche Leiden auffaßt, könnte daran denken, daß man im 11. Jahrhundert die Übertragung des Trippers durch den Geschlechtsverkehr wenigstens im Volke geahnt hätte. Das ist beides nicht wahrscheinlich. Dagegen ist es ganz unmöglich, mit SIGERIST (l. c.) gerade aus der Stelle über den Musiknarren herauszulesen, daß man damals die Gefahr, von Prostituierten angesteckt zu werden, kannte. Denn, wie gesagt, ist ja gar kein Dirnlein anwesend. Bei Arbeiten über Syphilisfunde tut man immer gut, auch die Quelle des Autors nachzusehen. — [2]) Vgl. HORAZ, Epod. XII, 5, und Satir. I, 3, Vers 40. — [3]) Über die Sattelnase bei Hippokrates habe ich schon Legende, S. 193, das Nötige gesagt. — [4]) VORBERG, GUSTAV, Über den Ursprung der Syphilis. Stuttgart 1924, S. 10ff. — [5]) Auch SIGERIST lehnt (l. c.), allerdings kursorisch verfahrend, die Deutung der Stellen aus Sextus Amarcius als Syphilis ab. — [6]) GUILELMI BLESENSIS, Aldae comoedia. Edidit. Carolus Lohmeyer, Lipsiae 1892.

Digitized by Google

Wortspielen macht einen gekünstelten Eindruck, sie ist zynisch-derb und teilweise geradezu schweinisch[1]). Auch die Heuchelei so vieler Pornographen fehlt nicht. „Wenn einem schamhaften Leser die Worte zu lasziv vorkommen, so war es die Schuld des Stoffes, nicht meine."

Ulfus' Frau ist bei der Geburt der Tochter Alda gestorben. Um diese vor gleichem Geschick zu bewahren und sie ganz allein zu besitzen, zieht er sie in voller Unkenntnis auf und läßt sie nicht mit Männern zusammenkommen. Aber der Ruhm ihrer Schönheit hat sich trotzdem in der Stadt verbreitet. Ein junger Mann, Pyrrhus mit Namen, verliebt sich auf das bloße Gerücht hin sterblich in Alda. Sein Diener Spurius überzeugt ihn, daß alles käuflich sei, auch Weib und Liebe. Es wird eine auserlesene Speise hergerichtet; aber Spurius und seine Spurca essen sie selbst. Der Herr wird damit belogen, daß der Diener mit Schimpf und Schande aus dem Hause des Ulfus gejagt worden sei. Pyrrhus hat aber eine Schwester, die ihm wie ein Ei dem anderen ähnlich sieht. Sie ist die Gefährtin der Alda. Auf Rat seiner Amme nimmt nun Pyrrhus in Weiberkleidern die Rolle der Schwester bei Alda ein und verbringt mit ihr eine Liebesnacht, was sehr schmutzig im Stile eines Bocaccio ausgemalt wird. Das Mädchen wird schwanger und der Vater muß seine Einwilligung zu der Ehe mit Pyrrhus geben.

Der Diener Spurius spielt also eine episodenhafte Rolle, die ohne jeden Einfluß auf den Gang der Handlung ist. Das ist erklärlich, wenn man weiß, daß er alle Züge des Typus hat. So findet er sich in der spätgriechischen Komödie und der nachgebildeten lateinischen. Er ist ein Gemisch aus dem Typus des Parasiten und des δοῦλος. Feilheit und Verwendung zum Kuppeln ist ein feststehender Zug des Parasiten; Gefräßigkeit und in der Folge Stehlen und Lügen Zug des δοῦλος. Die ganze Figur ist nur zum Zwecke der Belustigung da und nicht für den Gang der Handlung[2]). Sie hat etwas von den Hanswürsten des späteren deutschen Schauspiels. Dieser Spurius wird nun Vers 169—192 folgendermaßen geschildert:

„Pyrrho servus erat et nomen Spurius illi / nec deerat talis nominis omen ei. / velleris instar erat scabie concreta tenaci / caesaries, unus tota capillus erat. / deturpant oculos sub frontis valle sepultos / silva supercilii continuusque sopor. / nasus caprizans quasi quodam vulnere fractus / aequatusque genis absque tumore sedet. / nascens[3]) a labris in latum surgit hiatu / amplo suque retro flectit agitque sinum. / morbidat et laedit auras a nare vaporans / peior quam partis inferioris odor. / tenditur in ventrem longe post terga relictis / natibus, hunc sequitur lentus easque trahit. / venter praecedit natesque secuntur euntem, / et sequitur corpus et praeit ipse suum. / nil poterat ventris satiare capacis abyssum, / et Bacchi et Cereris exitiale chaos. / iambicat incedens, crebrisque ingressibus eius / longa facit jambum tibia iuncta brevi; / et picturatae caligae mentita colorem / scribitur assiduo tibia rubra foco. / accumulata palus hodiernae hesterna paludi / calciat et contra frigora munit eum."

Zu deutsch: „Pyrrhus hatte einen Knecht, und der Name Spurius war bei ihm nomen und omen[4]). Sein Haupthaar war wie Schafswolle durch festhaftenden Grind zusammengewachsen. Das ganze Haar war wie ein einziges. Ein Wald von

[1]) Baumgartner, Geschichte der Weltliteratur, Freiburg 1900, Bd. IV, S. 398/399. — [2]) Le Grand, L. Philipp, The new Greek comedy. Translat. by James Löb, London, W. Heinemann, 1917. — [3]) Hildebrand nimmt statt „nascens" die andere Lesart „os simul" an. — [4]) Spurius = Was unecht ist, besonders das vaterlose Kind einer Kebse, Sklavin oder Hure. Spurcus = unflätig, häßlich, schändlich.

Digitized by Google

Augenbrauen und beständige Schläfrigkeit (schläfrige Gesichtszüge?) entstellen die unter dem Stirnwall (?) vergrabenen Augen. Die bockelnde[1]) Nase sitzt wie durch eine Verletzung gebrochen, in gleicher Höhe mit den Wangen und ohne Erhebung. Zugleich springt das Maul von den Lippen mit weiter Öffnung auf und krümmt sich im Bogen zurück. Es verpestet und verschlechtert die Luft ein von der Nase dampfender Geruch, der schlechter ist als der des unteren Teils. Ihm spannt sich ein Bauch aus, während das Gesäß weit hinter dem Rücken nach hinten ragt. Der Bauch schreitet beim Gehen voran, das Gesäß kommt nach, und so folgt er seinem Körper und geht ihm (gleichzeitig) selbst voran. Nichts konnte die Tiefe seines unausfüllbaren Bauches, das verderbliche Chaos von Eßbarem und Trinkbarem, sättigen. Beim Einherschreiten hinkt er und beim raschen Gehen macht das mit einem kurzen vergesellschaftete Bein einen Jambus. Angeblich täuschen die durch chronische Entzündung geröteten Beine buntgefärbte Stiefeln vor. (In Wirklichkeit aber) beschuht ihn der mit dem Schmutz von gestern zusammengehäufte Schmutz von heute und sichert ihn gegen die Kälte."

Eine ganz eindeutige Stelle: Die komische Figur des Spurius besitzt einen Weichselzopf, ein tierähnliches Gesicht mit fliehender Stirn bzw. stark vorspringenden, buschigen Augenwülsten, tiefliegenden Augen, eingedrückter Nase und einem Riesenmaul, dem Werkzeug seiner Freßgier. Daneben besitzt er eine Stinknase, wie auch der übrige Körper stinkt, hat einen fürchterlichen Wanst und ein stark hervorragendes Gesäß und hinkt. Seine Beine sind rot entzündet. Er ist ein unersättlicher Fresser und Säufer und ein Schmierfinke sondergleichen. Die körperlichen Gebrechen werden im Sinne des Spurius der Komödie durch die charakteristischen seelischen ergänzt: Er belügt, betrügt und bestiehlt seinen Herrn, hat ein verschlafenes Wesen, ist aber pfiffig und wird zum Kuppeln benutzt.

Trotz der Eindeutigkeit der Stelle findet aber HILDEBRAND[2]) auch hier wieder einmal die Syphilis und gleich die angeborene. Die platte, eingeschlagen aussehende Nase ist ihm nämlich eine syphilitische Sattelnase, die unter dem Stirnwall vergrabenen Augen die Folge eines caput natiforme[3]), die Haarverfilzung von „Impetigo specifica capitis mit framboësieartigen Effloreszenzen" oder „Kombination von Kopfsyphilis und Verlausung". Der Gestank wird durch Rhinitis atrophicans foetida syphilitica, das Hinken durch Osteochondritis syphilitica erzeugt. Der Wanst verdankt Leberlues und Milztumor, sein Durst einer (natürlich syphilisgeborenen) Zuckerharnruhr seine Entstehung. Das schläfrige Aussehen ist die Folge von allgemeinem Marasmus und die Meckerstimme (nasus caprizans) deutet auf syphilitische Zerstörung des Gaumens.

Aber von all den schönen Dingen steht, wie aus der oben wiedergegebenen Stelle hervorgeht, nichts bei WILHELM VON BLOIS. Der Knecht Spurius ist eine typische komische Figur, und der Dichter hat ihn, um komisch zu wirken, mit allen möglichen Abscheulichkeiten, die einen Menschen entstellen können, herausgeputzt. Übrigens ist „nasus caprizans" eine „bockelnde Nase" und keine „Meckerstimme"[4]). Wie paßt zu dem angeblichen allgemeinen Marasmus des Spurius und zu seinem angeblich durch Leber- und Milzsyphilis riesig aufgetriebenen

[1]) „caprisare = caprizare bockeln, vulgär: stinken wie die Geis" (DIEFFENBACH, l. c.), aber nicht „meckern", wie HILDEBRAND übersetzt. — [2]) HILDEBRAND, PH., Beschreibung eines Falles von Syphilis congenita durch einen französischen Humanisten des 12. Jahrhunderts. M. Kl., 1924, Nr. 41, S. 1451, und D. m. W., 1925, Nr. 66, S. 578. — [3]) Briefliche Mitteilung des Verfassers. — [4]) Siehe die vorstehende Note [1]).

Digitized by Google

Leib die unersättliche Freßgier desselben? Die Syphilis ist eine kaleidoskopische Krankheit; es gibt nicht zu viel Krankheitsbilder, die sie nicht nachmachen kann. Wenn man sie finden will, muß man sie daher überall finden, wo eine Menge Krankheitserscheinungen aufgezählt werden. Wenn doch die Forscher, welche solche „Syphilis"-Funde bei Poeten ausgraben, bedenken würden, daß es sich gar nicht um Schilderungen von Krankheitsfällen, sondern um luftige Gestalten der frei schaffenden Phantasie eines Dichters handelt! Hätte man immer das bedacht, dann wäre dem armen Hiob, den Bewohnern von Lampsacus, dem Herakles, Minos und vielen anderen die Syphilis erspart geblieben. Ähnlich sagt SIGERIST (l. c.), der es allerdings nicht für nötig hält, HILDEBRANDS Auffassung zu widerlegen: „Genau so, wie LEONARDO (DA VINCI) bei seinen Monstren nicht nur Modelle abzeichnet, so tut es auch hier der Dichter."

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

1928, Nr. 3. Sitzung vom 8. März 1928

P. Chevallier und G. Lévy: **Un cas de „trypanides", éruption précoce de la maladie du sommeil** (Ein Fall von „Trypanid", frühzeitige Eruption der Schlafkrankheit). S. 185. 2 Wochen nach dem Stiche einer Glossina palpalis, infolgedessen der Kranke an Schlafkrankheit erkrankte, zeigte sich bei ihm ein Exanthem, das nach 2 bis 3 Monaten seinen Höhepunkt erreichte und dann wieder zurückging. Das Erythem bestand aus einer Kombination von zirzinären und serpiginösen Effloreszenzen, rötlich, stellenweise violett, leicht ödematös; keine Schuppung, kein Jucken. Indolente Drüsenschwellungen in den Leisten.

A. Sézary: **Sur le traitement bismuthique du lupus érythémateux** (Über die Wismutbehandlung des Lupus erythematosus). S. 187. In mehreren Fällen von Lupus erythematosus wurden sehr gute Erfolge mit Wismuteinspritzungen erzielt, und zwar um so bessere, je frischer die Fälle waren. Rezidive können nach der Behandlung eintreten. Eine antisyphilitische Wirkung der Behandlung kommt nicht in Frage, da bei den Pat. keinerlei Zeichen erworbener oder angeborener Syphilis vorlagen; vielmehr ist die Wirkung durch Veränderung der allgemeinen biologischen Verhältnisse des Körpers zu erklären. In der Besprechung wird die Wirksamkeit des Wismuts auch von anderer Seite bestätigt; Ravaut findet sie in Verbindung mit der schon früher beobachteten günstigen Wirkung des Salvarsans auffallend und meint, daß es sich bei diesen Kranken doch um ein spezifisches Terrain handeln müsse.

Hudelo, Cailliau und Chène: **Leucémie myéloide avec éruptions polymorphes et infiltrations tumorales. (Rapports avec le mycosis fongoide)** (Myeloide Leukämie mit polymorphen Eruptionen und tumorartigen Infiltrationen. [Beziehungen zur Mycosis fungoides]). S. 193. Es könnte in dem Falle zunächst zweifelhaft erscheinen, ob es sich um eine primäre Mycosis fungoides mit sekundärer myeloider Leukämie handelt, wofür der Beginn mit Jucken, die an einzelnen Stellen vorhandenen tumorartigen Elemente, der trotz 2—3jährigen Bestehens verhältnismäßig gute Allgemeinzustand sprechen könnten. Dagegen mußte der dauernd erhobene Befund von 83000 weißen Blutkörperchen mit 48% Myelozyten in Verbindung mit der Polymorphie der Hauterscheinungen (Papeln, Bläschen, Blasen), dem absoluten Fehlen von Ulzerationen an

Digitized by Google

den tumorartigen Erscheinungen, der Nachweis von Myelozyten in der Kutis doch zur Annahme einer myeloiden Leukämie führen, die allerdings einige Besonderheiten zeigt. Die Unterscheidung der beiden Krankheitszustände ist besonders auch für die Prognose von Bedeutung, und trotz vorübergehender Besserung nach Röntgenbestrahlungen muß die Prognose ernst gestellt werden. Aus einem Überblick über die einschlägige Literatur der letzten 20 Jahre geht hervor, daß im allgemeinen Hauterscheinungen, deren verschiedene Formen besprochen werden, bei myeloider Leukämie selten sind.

Hudelo und Rabut: **Kératodermie palmo-plantaire avec aplasie unguéale, pilaire et dentaire** (Keratodermia palmaris und plantaris mit Aplasie der Nägel, Haare und Zähne). S. 204. Die in dem Falle vorhandene Kombination spricht für eine endokrine Störung; kongenitale Syphilis konnte nicht nachgewiesen werden. Der Fall erinnert an die von anderer Seite beschriebene kongenitale ektodermale Aplasie, von der er sich jedoch durch Fehlen der Sattelnase, der Stirnhöcker und der Rhinitis atrophicans unterscheidet. Gegen Vorliegen der Mélédaschen Krankheit spricht Fehlen analoger Fälle in der Familie.

P. Photinos: **Erythème papulo-circiné migrateur et chronique de Darier** (Papulo-zirzinäres Erythema migrans chronicum Darier). S. 206. Seit 6 Jahren leidet der bereits mehrmals von Sabouraud vorgestellte Pat. (Ref. diese Wschr., 1924, Bd. 79, S. 1187; 1925, Bd. 80, S. 624) an aus Kreissegmenten bestehenden Effloreszenzen mit unregelmäßigem, zart rot gefärbtem, papulösem Rande. Zeichen von Syphilis liegen nicht vor; trotzdem war nach Behandlung mit Wismut vorübergehendes Schwinden der Erscheinungen eingetreten, dem jedoch nach mehreren Monaten Rezidive folgten. Danach versagte der Einfluß des Wismuts. Sézary sieht ein Analogon zur Wismutbehandlung des Lupus erythematosus, bei der sich auch Wirksamkeit und späteres Versagen zeigte. Man kann dies bei verschiedenen Medikamenten beobachten.

Burnier: **A propos de l'érythème annulaire centrifuge** (Zum Erythema annulare centrifugum). S. 209. Die besten Erfolge scheint Wismut und Autohämatotherapie zu geben; doch kommen auch bei beiden Rezidive vor, bisweilen sogar während der Behandlung.

Milian und Th. Photinos: **Lichénification du cou due au „Trichophyton granulosum"** (Lichenifikation am Halse infolge von „Trichophyton granulosum"). S. 212. Die wahre Natur der Erkrankung, die beiderseits am Halse rote lichenifizierte Plaques gebildet hatte, in deren Umgebung sich Lichen-planus-ähnliche Papeln fanden, wurde erst durch die Kultur geklärt, die Trichophyton gypseum granulosum ergab. Es handelt sich um eine sekundäre Lichenifikation. Sabouraud weist darauf hin, daß mehr und mehr bestimmte Trichophytonarten durch ihre eigenartigen und spezifischen Erscheinungsformen die Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

Th. Photinos: **Epidémie d'épidermophytie** (Epidemie von Epidermophytie). S. 217. Bei drei Personen einer Familie zeigten sich rote runde Flecke mit abheilendem Zentrum, rotem, mit feinen Bläschen besetztem Rande. Kulturen ergaben Epidermophyton inguinale. Der zuerst erkrankte Mann hatte die Krankheit anscheinend gelegentlich des Geschlechtsverkehrs auf seine Frau übertragen; seine Mutter war durch gemeinschaftlichen Gebrauch einer Puderquaste infiziert worden.

L. Huet, Horowitz und Lotte: **Au sujet d'un cas de dermatite polymorphe: 1. taches pigmentaires buccales; 2. amélioration considérable après injections intraveneuses de bromure de strontium** (Über einen Fall von Dermatitis herpetiformis: 1. Pigmentflecken im Munde; 2. beträchtliche Besserung nach intravenösen Einspritzungen von Strontiumbromid). S. 219. Seit ungefähr einem Jahre treten bei dem Kranken am ganzen Körper und auch an der Mundschleimhaut Blasen auf. An der Haut entstehen unter heftigem Jucken rote Flecke, Papeln mit Bläschen und Krusten, Bläschen und Pusteln auch gruppiert auf unveränderter Haut. Außerdem zahlreiche Pigmentierungen und auch Pigmentflecke an der Mundschleimhaut, die als Residuen der Blasen zu betrachten sind. Durch intravenöse Einspritzungen von Strontiumbromid wurde wesentliche Besserung erzielt.

Jeanselme, L. Huet und Horowitz: **Un cas de bouton d'Orient, accompagné de lymphangite scléreuse réticulée de l'avant-bras** (Ein Fall von Orientbeule mit sklerosierender netzförmiger Lymphangitis am Unterarm). S. 221. In dem beschriebenen Falle trat erst verhältnismäßig spät, nach einem Bestehen von 5 Monaten, Geschwürsbildung an den an zwei Fingern sitzenden Effloreszenzen auf. Bemerkenswert waren lineär angeordnete, dicht aneinander stehende Knötchen, die den Eindruck einer kleinen Schnur mit Knötchen machten. Es handelte sich um eine von der Leishmania hervorgerufene Lymphangitis.

Digitized by Google

Lortat-Jacob und Brosse: **Lymphangiome monstrueux des membres inférieurs avec pachydermie sous-lymphangiomateuse** (Riesenlymphangiom der unteren Extremitäten mit sublymphangiomatöser Pachydermie). S. 225. An beiden Beinen finden sich umfangreiche wulstige Schwellungen, die ihnen ein ganz unförmiges Aussehen geben. Abgesehen von den Lymphangiomen besteht an den Beinen ein Zustand von Elephantiasis nostras.

Gougerot und Carteaud: **Papillomatose pigmentée confluente et réticulée innominée** (Nicht bestimmt zu benennende pigmentierte, konfluierende, retikuläre Papillomatose). S. 230. Der in der November-Sitzung 1927 vorgestellte Fall (Ref. diese Wschr., 1928, Bd. 86, S. 339) ist nach Behandlung mit dem Kryokauter sehr gebessert. Es wird ein weiterer Fall derselben Affektion vorgestellt, in dem die ersten Erscheinungen der kleinen flächenhaft konfluierten, stellenweise netzförmig angeordneten, etwas hyperkeratotischen, nicht schuppenden pigmentierten Effloreszenzen zwischen den Mammae aufgetreten sind. Ähnliches in den Achselhöhlen. Am oberen Thoraxabschnitt, Hals, Schultern Erscheinungen, die früher als „parakératose brillante" beschrieben worden sind.

Gougerot und P. Thiroloix: **Phagédénisme ulcéreux papillomateux fébrile d'origine indéterminée** (Ulzerierter, papillomatöser, fieberhafter Phagedänismus unbestimmten Ursprunges). S. 231. Die Erkrankung begann mit einer nicht schmerzhaften, nicht juckenden Läsion in der einen Achselhöhle; unter starkem Fieber und Störung des Allgemeinbefindens kam es zu zunehmender Schwellung und Ausbreitung der Affektion über Thorax und Abdomen, Geschwür- und Krustenbildung, schließlich Abheilung mit Narbenbildung, in derselben Reihenfolge, in der die Erkrankung aufgetreten war.

Louste, Lévy-Frankel und Cailliau: **Lymphogranulomatose infectieuse maligne** (Infektiöse, maligne Lymphogranulomatose). S. 232. Zuerst Drüsenschwellungen am Halse, nach $1^1/_2$ Jahren hartnäckiges, andauerndes Jucken; es entwickelten sich dann Hautpigmentierungen, papulo-vesikulöse Eruptionen, Schwellungen der Achseldrüsen sowie ein allgemeiner kachektischer Zustand. Die histologische Untersuchung der Drüsen ergab eine maligne Lymphogranulomatose.

Louste und Berton: **Large trichophytie du dos à évolution aiguë** (Ausgebreitete Trichophytie am Rücken mit akuter Entwicklung). S. 236. In wenigen Tagen entwickelte sich die Erkrankung über den ganzen Rücken und einen Teil des Abdomens mit zahlreichen rundlichen, polyzyklischen, medaillonartigen, fast konfluierenden Läsionen. Sie sind erythematös-pustulös, am Abdomen erythematös-schuppend, haben eine exzentrische Entwicklung mit zirzinären Begrenzungen. Der Kranke hatte mit Kühen und Pferden zusammen geschlafen, wahrscheinlich war die Übertragung von ersteren erfolgt. Bei derartigen Fällen gibt die Behandlung mit intravenösen Einspritzungen von Jod (Lugol oder kolloidales Jod) gute Erfolge.

M. Pinard, Lafourcade und Versini: **Ictère survenu chez un syphilitique secondaire en cours de forte série arsénicale, continuation du traitement, guérison** (Ikterus bei einem Kranken mit sekundärer Syphilis im Verlaufe starker Salvarsanbehandlung, Fortsetzung der Behandlung, Heilung). S. 237. Nachdem der Kranke im Verlaufe der Salvarsanbehandlung mit gehäuften starken Dosen (0,9 g) eine skarlatiniforme, nicht juckende Eruption vom Charakter eines Erythems des 9. Tages und mehrmals Temperaturen bis 40° gezeigt hatte, trat ein Ikterus auf, der nicht mit Intoxikationserscheinungen verbunden war. Die WR war noch positiv, und es zeigten sich nach einigen Tagen am Munde kleine erosive Syphiliserscheinungen; deshalb Fortsetzung der Behandlung, die ohne Nebenerscheinungen vertragen wird und zum Schwinden des Ikterus und der übrigen Erscheinungen führt. Es ist anzunehmen, daß es sich um ein Hepatikorezidiv gehandelt hat. Während Ravaut und Lortat-Jacob die Fortsetzung der Salvarsanbehandlung in derartigen Fällen für sehr bedenklich halten, da sie dabei Todesfälle erlebt haben, andererseits auch bei abwartender Behandlung der Ikterus zurückgeht, hält Milian unbedingt an der spezifischen Natur dieses Ikterus fest. Wenn man Bedenken gegen die Salvarsanbehandlung hat, so kann man zunächst Quecksilberzyanür geben, das gleichzeitig diuretisch wirkt, und nach ungefähr 10 Tagen wieder zum Salvarsan zurückkehren, ohne irgend welche Schädigungen befürchten zu müssen.

Ramel: **Présentation de moulage** (Vorführung einer Moulage). S. 240. Wird in der nächsten Nummer veröffentlicht.

F. Cailliau und Walter: **Deux cas de dermatite exfoliatrice du nouveau-né** (Zwei Fälle von Dermatitis exfoliativa des Neugeborenen). S. 241. Beide Kinder erkrankten in den ersten Lebenstagen an Blaseneruptionen, die sich über den ganzen Körper ausbreiteten und zu weitgehenden Abhebungen der Epidermis führten; bei der

Digitized by Google

geringsten Reibung wurde die Hornschicht abgestreift. Nach ungefähr 8 Tagen gingen die Kinder zugrunde. Histologisch fanden sich außerordentliche Atrophie der Epidermis mit parakeratitischen Schuppen, Gefäßektasien und pseudo-angiomatöser Zustand des Papillarkörpers, Unberührtheit des kollagenen Gewebes, Hyperplasie der Schweißdrüsen, Atrophie der Talgdrüsen. Der Befund entspricht dem der Ritterschen Krankheit, die von der Leinerschen Erythrodermia desquamativa zu trennen ist.

Giraudeau: **De l'emploi d'un électrolyte pâteux en ionisation dermatologique** (Verwendung eines pastenförmigen Elektrolyten bei der Ionisation in der Dermatologie). S. 245. Der Ersatz der gewöhnlichen flüssigen Elektrolyten durch pastenförmige erscheint bei pathologischen Hautveränderungen angezeigt, weil die Krusten, Schuppen, Fissuren, Verdickungen der Haut einen genügenden Kontakt verhindern, die Stromdichte unregelmäßig machen und häufig zu Verbrennungen führen. Als Exzipiens erscheint ein in Glyzerin emulsioniertes Natrium-Ammoniumstearat (= Diadermine) geeignet, dem als Elektrolyt eine wässerige konzentrierte Lösung von Kupfersulfat, Akonitinnitrat, Jodkalium zugesetzt wird. Nach Reinigung der Haut mit Äther wird die Paste aufgestrichen und mit einer Lage mit destilliertem Wasser getränkter hydrophiler Gaze bedeckt.

L. Chatellier: **Statistique sérologique des services d'obstétrique de Toulouse, en 1927** (Serologische Statistik der geburtshilflichen Klinik in Toulouse im Jahre 1927). S. 248. Die WR war in 9,6% der Fälle positiv gegenüber 11,1% im Jahre 1926.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Urogenitalapparat

b. Penis, Urethra, Blase

Über Priapismus, von E. Mühsam, Rudolf-Virchow-Krkhs. Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 149, H. 3, S. 556.) Zwei verschiedene Formen: 1. die idiopathische, d. h. maximale und langanhaltende Erektion und 2. als Folgezustand anderweitiger Krankheitszustände, wie besonders des Zentralnervensystems, Stränge der peripheren Nerven (Tumor, Abszeß, Entzündung usw.), bei Leukämie, Urämie, Diabetes, Gicht usw. Die idiopathische Form tritt häufig als Folge übermäßigen Geschlechtsgenusses, aber auch ohne Zusammenhang mit einem solchen auf. Pathologisch-anatomisch handelt es sich stets um eine an Dauer und Ausdehnung übermäßige Schwellung der Corpora cavernosa penis, während Eichel und Harnröhrenschwellkörper gewöhnlich schlaff bleiben. Dieser Zustand entsteht durch Eindickung des Blutes in den Schwellkörpern und allmähliche Thrombosierung derselben. Therapeutisch kommen natürlich in erster Linie Beseitigung der Krankheitsursache, beim idiopathischen Priapismus lokale Umschläge, blutentziehende Mittel, Narkotika, unter Umständen Lumbalpunktion in Betracht, als letztes Mittel (bei völliger Thrombosierung der Schwellkörper) Längsinzisionen der Schwellkörper mit Ausräumung der Blutgerinnsel, was aber wohl stets den Verlust der Erektionsfähigkeit zur Folge hat. M. führt als Beispiel hierfür den Fall eines 36jähr. Mannes an, der 13 Tage nach Auftreten des Priapismus und Erschöpfung aller anderen Mittel wegen drohender Gangrän mit Längsinzision usw. operiert werden mußte. Ätiologisch war es fraglich, ob es sich um eine idiopathische oder posttraumatische — Fall aus etwa 1 m Höhe auf Kopf und Kreuz vor etwa 5 Monaten — Affektion handelte. Wiederholte Röntgenaufnahme ergab außer der Spina bifida des 5. Lendenwirbels keinen Anhalt auf Knochenverletzung. Heilung erfolgte glatt: Penis weich, von Daumenlänge und -dicke; keine Erektion mehr, doch besteht Libido coeundi fort und Samenabgang (ohne Erektion).

M. Stern-München.

Ein Beitrag zur Elefantiasis des Penis und Präputiums, von H. Mannheim, Chir. Univ.-Kl. Berlin. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 4. S. 207.) Bei einem 86jähr. Manne war vor 20 Jahren wegen einer Phimose die Dorsalspaltung des Präputiums vorgenommen worden. In den letzten Jahren zeigte die gespaltene Vorhaut ohne entzündliche Erscheinungen langsames Wachstum, so daß der Urinstrahl behindert war. Objektiv fand sich an der Rückseite der Eichel ein über walnußgroßes, teigiges, der gespaltenen Vorhaut entsprechendes Gebilde. Mäßige Verdickung der Haut mit einigen warzenartigen Erhöhungen und Verdickungen. Penis selbst nur wenig vergrößert. Hei-

Digitized by Google

lung durch Keilexzision. Histologisch chronisches Ödem mit gallertartiger Umwandlung des stark verbreiterten Koriums und Subkutangewebes mit geringen entzündlichen Infiltrationen dicht unter der Epidermis. Der Fall gehört somit histologisch zur Elephantiasis mollis; als Ursache für ihre Entstehung ist die Dorsalspaltung anzusehen.
F. Landauer-Berlin.

Ein Fall von Präputialsteinen, von R. Müssig, Tet-Tsi-Hosp. d. Basler Mission in Kayring, Südchina. (M. m. W., 1928, Nr. 7, S. 314.) Kasuistische Mitteilung.
L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Two Cases of Multiple Urethral Calculi (Zwei Fälle von multiplen Konkrementen in der Urethra), von C. B. Pasley-Perak, Federat. Malay States und E. R. Wheeler, Univ.-Hosp. Schantung, China. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3506, S. 443.) 1. Bei einem 45jähr. chinesischen Kuli, der wegen Urinverhaltung zur Aufnahme kam, fand man an der Pars pendula urethrae dicht vor dem Ansatz des Skrotums eine harte, runde Masse, die sich bei der Inzision als ein Konkrement auswies. Zentralwärts von demselben war die Harnröhre sackartig enorm dilatiert. Das Divertikulum enthielt nicht weniger als 120 Phosphatsteine. Die Blase war leer. Heilung. 2. Bei einem 9jähr. Chinesenknaben, welcher laut Angabe seit 3 Jahren Schwierigkeiten bei der Urinentleerung gehabt hatte, fand sich in der sackartig erweiterten proximalen Partie der Pars pendula eine Ansammlung von 92 kleinen, facettierten Steinen in einer Größe von etwa $^1/_2$ cm $\times$ $^1/_2$ cm bis zu 1 cm $\times$ $^3/_4$ cm nebst einem mehr nach vorne gelegenen größeren, etwa $3^3/_4$ cm $\times$ $2^3/_4$ cm messenden, festgekeilten Konkrement. Ausräumung. Heilung.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Neues über „chronische Urethritis" des Mannes, von E. Brack-Hamburg. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 23, H. 5/6, S. 452.) Verf. teilt auf Grund von langjährigen pathologisch-anatomischen Untersuchungen die Fälle von chronischer Urethritis ein in solche isolierter Urethritis antica chronica, wobei also nur die ersten 1—2 cm der Urethra erkrankt sind, und in solche isolierter Urethritis chronica postica, wobei nur die Gegend der Cowperschen Drüsen entzündet ist. Seltener ist das Vorkommen beider Erkrankungen zugleich. Charakteristisch für die reine Urethritis chronica antica ist ein meist nur morgens in Erscheinung tretender kleiner Tropfen Ausfluß (goutte militaire) von glasiger Beschaffenheit, der niemals gonokokkenhaltig ist, meist aber Stäbchen oder Mischflora enthält und aus Leukozyten, großen und kleinen Lymphozyten und Epithelien besteht. Der nach Auswischen dieses Tropfens entleerte Harn ist dann klar, die Glansspitze ist besonders an der Unterseite leicht druckempfindlich und entzündlich abgerundet. Beim Bougieren stellt man meist eine Verengerung hinter dem Meatus an der erwähnten Stelle fest. Die Urethritis chronica antica ist viel häufiger als die Urethritis chronica postica. Bei beiden Erkrankungen spielt jedoch die Blennorrhoe eine gewisse Rolle. Bei den Fällen von Urethritis anterior glaubt Verf. den Umstand verantwortlich machen zu müssen, daß bei den Spritzkuren die Gliedspitze seitlich fest komprimiert wird, so daß von dem Injektionsmittel nichts zur Spitze kommen kann. Verf. läßt deshalb die Corona glandis leicht von Daumen und Mittelfinger umfassen, während der Zeigefinger die Urethralmündung verschließt. So will er diese Urethritis chronica antica vermeiden. Was die Urethritis chronica postica anbelangt, so glaubt Verf., daß hier besonders die zu frühzeitigen Urethroskopien und die Behandlung mit schraubbaren Branchendilatatoren die Ursache dieser Komplikationen ist. Als Therapie kommt besonders auch für die Urethritis chronica antica die langsam steigende Dilatation, eventuell bei sehr engem Orificium die Meatotomie in Betracht. Wenn die hintere Urethritis meist nach Bougieren, wenn auch langsam, so doch zum Ausheilen zu bringen ist, so ist die vordere chronische Urethritis, wenn man radikal operativ vorgeht, meist schneller und dauernd zu heilen.
A. Rosenburg-Mannheim.

Urétrites et cystites colibacillaires chez la femme (Urethritis und Zystitis durch B. coli bei Frauen), von M. Fabre. (J. méd. Paris, 1928, Nr. 2, S. 28—29.) Urethritis und Zystitis infolge Infektion mit B. coli kommt häufig bei Frauen nicht auf innerem Wege (Resorption vom Darm), sondern auf äußerem durch mangelhaftes hygienisches Verhalten zustande. Die Erkrankung ist sehr hartnäckig und trotzt den gewöhnlichen Behandlungsmethoden, wird aber gut beeinflußt durch örtliche und innerliche Anwendung von Kolibazillenvakzine.
E. Levin-Berlin.

Cystitis- und Pyelitisbehandlung mit Antivirus-Besredka, von W. Fränkel-Berlin-Wilmersdorf. (Fortschr. d. Ther., 1928, Nr. 2, S. 52.) Verf. hat in 25 Fällen unter genauer zystoskopischer Kontrolle bei Zystitis von Frauen vorzügliche Erfolge durch lokale Instillationen von 10 ccm eines Staphylokokken- und Streptokokken-A.-V.-

Digitized by Google

Gemisches erzielt, trotzdem es sich meist um Koliinfektionen handelte. Neben dieser Behandlung nur Unterstützung durch innerliche Neohexal- bzw. Ammoniumchloratgaben neben Diätregelung. Das Schwinden der subjektiven Beschwerden, wie Brennen, Tenesmen usw., folgt der Instillation fast unmittelbar. 6 Krankengeschichten.

H. Colman-Berlin.

Erfolgreiche äußere Behandlung von Strikturen der männlichen Harnröhre, von E. Weisz-Bad Pistyan. (M. Kl., 1928, Nr. 6, S. 216—217.) Die Behandlung einiger Fälle älterer Strikturen der vorderen Harnröhre erfolgte durch mit Massage verbundener starker passiver Dehnung der ganzen Urethra durch maximalen Zug an der Eichel. Außerdem Schlammumschläge. Gute Erfolge.

E. Levin-Berlin.

Über Polyarthritis nach unspezifischer Urethritis, von H. Paetzel, Med. Univ.-Kl. Münster i. W. (M. Kl., 1928, Nr. 4, S. 134—135.) Als Polyarthritis enterica sind subakut auftretende Gelenkentzündungen von serös-exsudativer Form bezeichnet worden, bei denen großenteils eine enterale Infektion als Ursache nachweisbar ist. In ganz gleicher Form wurde die Erkrankung im Anschluß an eine mehrfach wiederholte, sicher nichtspezifische Urethritis beobachtet. Röntgenologisch fand sich an Zehengelenken eine atrophische Gelenkerkrankung mit frühzeitiger Ankylosierung, die bei der rheumatischen Polyarthritis nicht vorkommt, eher Ähnlichkeit mit einer blennorrhoischen Gelenkerkrankung hat. Die Frage nach dem Erreger ist in diesen Fällen noch ungeklärt.

E. Levin-Berlin.

Vasal als inneres Antiseptikum, besonders der Harnwege, von K. Hofmann, Chir. Abt. d. Ev. Krkhs. Kalk, Köln. (M. m. W., 1928, Nr. 11, S. 478.) Vasal ist ein azetylsalizylsaures Phenyl, das nicht durch den Magensaft, sondern nur durch die alkalischen Darmsäfte angegriffen und in Salizylsäure, Essigsäure und Phenol zerlegt wird. Das Phenol wird durch die Essigsäure entgiftet. Somit Vorteile gegenüber Aspirin (Magenschädigung) und Salol (Phenolvergiftung). Wirkung in 3—4mal 0,5—1,0 g als Harnantiseptikum und auch als Antirheumatikum gut und ohne Nebenwirkungen.

H. Colman-Berlin.

Primäre Resektion der Harnröhre ohne Verweilkatheter und ohne temporäre Harnableitung, von B. E. Frankenberg, Chir. Univ.-Kl. Baku. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 149, H. 2, S. 331.) Bei 5 Kranken mit strikturierenden Narben der Urethra, davon 2 nach Schnittverletzung der Pars pendula urethrae, 2 postblennorrhoischen Strikturen und einem mit ausgedehnter Zerstörung des Harnkanals nach Phlegmonen, gelang die primäre Resektion der Urethra ohne Anlage einer temporären suprasymphysären Fistel und ohne Verwendung des Verweilkatheters. Der normale Harn bietet kein Hindernis für normalen Wundverlauf. Die vom Verf. vertretene Operationsmethode sichert vor Sekundärinfektion, wie sie oft durch Verweilkatheter oder temporäre Eröffnung der Blase bei suprasymphysärer oder perinealer Fistelanlage erfolgt.

H. Lewinsky-Berlin.

Zur Ursache der Malakoplakie der Harnblase. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der lymphatischen Gewebsreaktion an den Harnwegen), von Z. Kaïris-Athen, Urol. Abt. Chir. Univ.-Kl. Berlin. (Virch. Arch., 1928, Bd. 266, H. 3, S. 788.) Bei einem $1^1/_2$ Jahre alten Kinde wurde bei länger dauernder Pyurie infolge Pyonephrose die Niere entfernt. Diese erwies sich als Doppelniere und zeigte im Beckenteil ausgedehnte Lymphknötchenbildung. Die Blase zeigte das typische Bild der Malakoplakie im Zystoskop. Als Ursache für letztere kommt kein bestimmter Erreger in Frage, sondern eine unspezifische Ursache: der chronische Reiz der Entzündung. Die Frage, weshalb in der Blase das Bild der Malakoplakie, an den oberen Harnwegen aber lymphatische Wucherungen (ohne Malakoplakiezellen!) sich einstellten, die oft bei chronisch entzündlichen Prozessen der Harnwege an diesen gefunden werden, läßt der Verf. offen.

H. Lewinsky-Berlin.

Infection expérimentale d'un mollusque de Corse (Bullinus contortus par le Schistosoma haematobium), agent de la bilharziose vésicale (Experimentelle Infektion einer auf Korsika lebenden Molluske [Bullinus contortus] mit Schistosoma haematobium, dem Erreger der Blasenbilharzia), von E. Brumpt und S. Werblunsky. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 5, S. 152—155.) Die verschiedenen für die Erkrankung der Harnwege in Betracht kommenden Bilharziaarten können in einer großen Zahl von Zwischenwirten zur Entwicklung kommen. Es muß daher vermieden werden, in Gegenden, in denen zwar keine Bilharzia, aber diese Zwischenwirte sich finden, kranke Personen einzuführen. Durch Temperaturverhältnisse wird die Infektion

Digitized by Google

des Zwischenwirtes begünstigt; so gelang bei geeigneter Temperatur die Infektion des auf Korsika heimischen Bullinus contortus mit dem Harn aus Ägypten stammender Kranker. Die Temperatur entsprach der des Wassers, in dem die Mollusken leben.
E. Levin-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Läßt sich die Pubertätsreifung durch Hodenimplantation fördern?, von J. Bauer, Med. Abt. Allg. Polikl. Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1928, Bd. 208, H. 2/4, S. 172.) Der mitgeteilte Fall eines 17jähr. Infantilen zeigt, daß eine Hodenimplantation die Pubertätsreifung nicht gefördert hat, obwohl die Entwicklungsfähigkeit des Organismus durch die nach 2 Jahren erfolgende Pubertätsreifung erwiesen ist. Es fehlte nicht nur jede Wachstumsförderung der Hoden durch das Implantat, sondern auch jeder anderweitige hormonale Effekt.
M. Cohn-Dresden.

Ein Fall von doppeltem Nebenhoden, von W. Kreiner, Chir. Kl. Graz. (Anat. Anz., 1928, Bd. 65, Nr. 1/3, S. 49.) Bei einem wegen einer linksseitigen Leistenhernie operierten 40jähr. Manne lag im Bruchsacke neben einem chronisch entzündeten Netzklumpen ein atrophischer Hoden mit einem an normaler Stelle aufsitzenden Nebenhoden und einem mittels eines Ganges mit ihm verbundenen zweiten Nebenhoden, der einen eigenen Ductus deferens besaß. Der Hoden selbst bildete keine Spermien; eine Paradidymis wurde nicht gefunden. Als Ursache der Doppelbildung könnte eine mechanische Behinderung in der Entwicklungszeit, vielleicht eine Strangbildung, in Frage kommen.
F. Winkler-Wien.

Sympathicotrope Zellen im Eierstock und ihre neurokrine Funktion. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Hodenzwischenzellen. (Erwiderung auf H. O. Neumanns Arbeit in Bd. 263, S. 274 dieses Archivs), von L. Berger-Quebec, Kanada. (Virch. Arch., 1928, Bd. 267, H. 2, S. 433.) Die Untersuchungen ergeben, daß die sympathikotropen Zellen im Hilus des Eierstocks ihr genaues Gegenstück im Hilus, in der Albuginea und in der Vas-deferens-Gegend des Hodens besitzen. Da nun diese Zellen mit den intertubulären Leydigschen Zwischenzellen übereinstimmen, erscheinen die sympathikotropen Eierstockszellen als das genaue Gegenbild des extratestikulären Teils der Leydig-Zellen. Und da die Testikelzwischenzellen sehr oft als interstitielle Drüsen aufgefaßt werden, kann man sagen, daß die eigentliche interstitielle Drüse im menschlichen Ovarium durch die sympathikotropen Zellen dargestellt ist.
M. Cohn-Dresden.

Le canalicule séminipare de l'homme (Die Samenkanäle des Menschen), von A. Branca. (Paris méd., 1928, Nr. 8, S. 173—186.) Eingehende Darstellung der anatomischen Verhältnisse, besonders auch der Entwicklung der Samenfäden. Zum kurzen Referat nicht geeignet.
E. Levin-Berlin.

Mißglückter Versuch gestielter Plastik aus dem Skrotum, von K. Koch, Chir. Abt. d. Städt. Krkhs. Pforzheim. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 10, S. 587.) Ein Versuch, einen großen Defekt im Oberschenkel durch einen gestielten Lappen aus dem Skrotum zu decken, scheiterte an einer eigentümlichen Eigenbewegung des Lappens: Der Lappen zog sich bei Berührung und anderen Reizen spontan zusammen. Die Reizbarkeit war an verschiedenen Tagen verschieden stark und von unbekannten Einflüssen abhängig. Der Fall bestätigt die frühere Erfahrung, daß die plastische Verwendungsmöglichkeit des Skrotums beschränkt ist, weil seine glatte Muskulatur die Fähigkeit zur Erschlaffung und Zusammenziehung auch unabhängig von dem Zusammenhang mit dem Zentralnervensystem und dem autonomen Nervensystem bewahrt.
F. Landauer-Berlin.

Hodengeschwülste, Seminom und Inguinalhernie, von O. L. Smirnow und B. D. Kukujewitzky-Kiew. (Med. Welt, 1928, Jg. 2, Nr. 2, S. 42.) Unter dem Sammelnamen „Seminom" faßt Verf. die bislang als Carcinoma medullare, scirrhosum, Sarkokarzinom, Riesenzellenkarzinom, Epithelioma seminifere usw. beschriebenen Hodentumoren zusammen. Bevorzugt wird das Alter von 35—40 Jahren. Langsames Wachstum, Metastasierung auf dem Blut- und Lymphwege. Traumen spielen bei dem Geschwulstwachstum scheinbar keine Rolle. Bei Ectopia inguinalis und abdominalis gleich häufige maligne Degeneration zu Seminom. Kombination einer Inguinalhernie mit abdomineller Hodenektopie in diesem Zusammenhang ist nicht häufig. Schilderung eines entsprechenden Falles. Verff. folgern aus ihrem Falle unter anderem, daß bei einer Kombination einer Hernie mit Hodenektopie bei alten Leuten die Hodenexstirpation bei

Digitized by Google

der Herniotomie nicht unterlassen werden darf. Der ektopische Hoden büßt seine Funktion quoad potentiam generandi in jedem Falle ein; nach Erreichung der Geschlechtsreife bekommt das Epithel der Samenkanälchen die Neigung zu atypischem Wachstum.
C. L. Karrenberg-Hamburg.

Eine experimentelle Erzeugung teratoider Geschwülste der Hoden beim Hahn. II. Mitteilung, von L. Michalowsky, Histol. Univ.-Inst. Smolensk. (Virch. Arch., 1928, Bd. 267, H. 1, S. 27.) Durch Einspritzung einer 5%igen Zinkchloratlösung in den Hoden des Hahnes war es in 9 Fällen möglich, die Neubildung einer teratoiden Geschwulst hervorzurufen. Es ist erwiesen, daß die Geschwülste aus den samenbildenden Zellen entstehen. Dabei war festzustellen, daß sich zuerst das Epithelialgewebe, dann das embryonale Bindegewebe entwickelte, das sich in lockeres Gewebe oder Hyalinknorpel umwandelte; erst bei alten Geschwülsten entwickelten sich Muskel- und Nervengewebe. Es war auffällig, daß bei über 200 Eingriffen nur im Vorfrühjahr Ergebnisse zu erzielen waren, zu welcher Zeit der Hoden des Hahnes an Größe zuzunehmen pflegt.
F. Rosenthal-Berlin.

Ein Fall von Fibrosarkom des Samenstranges, von R. Chwalla-Wien. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 23, H. 5/6, S. 419.) 57jähr. Mann, der die sehr schnell wachsende Geschwulst zum ersten Male 4 Wochen vor der Krankenhausaufnahme bemerkte. Der Tumor saß etwa zwei Querfinger oberhalb des kranialen Hodenpols und ist mit dem Samenstrang anscheinend innig verwachsen, so daß eine Isolation von ihm nicht gelingt. Deshalb, und weil der Tumor wegen seiner Härte und seiner knolligen Oberfläche den Eindruck einer malignen Geschwulst machte, wird die Semikastration links ausgeführt, die zur glatten Wundheilung führt. Pat. soll noch röntgennachbestrahlt werden. Die histologische Untersuchung ergab ein mit der Umgebung infiltrativ vorgewachsenes spindelzelliges Fibrosarkom. Bisher sind in der Literatur 24 Fälle von Fibrosarkom beschrieben worden.
A. Rosenburg-Mannheim.

Seminal Vesicle and Prostatic Foci in Pelvic, Perirectal and Ischiorectal Suppuration in Males (Samenblasen- und Prostataherde im Becken. Perirektale und ischiorektale Eiterung bei Männern), von I. H. Morrissey-New York. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 6, S. 448.) Genannte Eiterungen können auftreten nach allen instrumentellen Verletzungen der hinteren Harnröhre, nach Strikturbehandlung, Blasenhalsoperationen usw. Bei Eiterentleerung aus der Prostata denke man an pelvorektale sekundäre Abszedierung. Nur selten kommen diese zur Operation. Häufig ist und bleibt langdauerndes Fieber das einzige Symptom. Der untersuchende Finger muß hoch hinaufgeführt werden, um den Abszeß festzustellen. Bei perinealen Abszessen ist oft nur ganz wenig Eiter im Urin. Die Weiterleitung von der Prostata zum Cavum ischiorectale geschieht meist auf dem Lymphwege. Behandlung der Abszesse besteht in Inzision und Drainage. Bei Entleerung eines ischiorektalen Abszesses tamponiere man Prostata- und Samenblasengegend mit. Es besteht eine Parallele zu den Beckeneiterungen der Frauen, die durch Adnexerkrankungen entstehen.
H. Colman-Berlin.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch intraurethrale Elektrokoagulation, von R. Oppenheimer, Urol. Abt. Krkhs. Rotes Kreuz Frankfurt a. M. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 23, H. 5/6, S. 443.) Verf. hat, angeregt durch die Veröffentlichungen Luys', die intraurethrale Thermokoagulation der Prostatahypertrophie in 9 Fällen durchgeführt. Mit einer dünnen spitzen Elektrode hat er Teile des vorspringenden Knotens der Prostata koaguliert. Er legte für die ersten Tage einen Dauerkatheter ein, um eine Blutung zu vermeiden, und hatte besonders bei den leichten Fällen, die gerade die erste Harnverhaltung überstanden hatten, sowie bei den „inoperablen" Fällen, bei denen der Allgemeinzustand einen größeren Eingriff nicht mehr zuließ, gute Erfolge. Verf. glaubt aber, daß diese Behandlung für ganz große Prostatae nicht geeignet sei, da er in einem Falle einen Todesfall wegen aszendierender Sepsis beobachten mußte.
A. Rosenburg-Mannheim,

Die Sexualfunktionen der Prostatektomierten. (Ergebnis einer internationalen Rundfrage), von Lissmann-München. (M. m. W., 1928, Nr. 9, S. 392.) Auf Grund einer internationalen Rundfrage kommt Verf. zu folgendem Ergebnis: Durch die sogenannte transvesikal ausgeführte Prostatektomie leiden Libido und Erektionsfähigkeit nicht, sie können sogar gesteigert werden. Die Erhaltung der Potentia generandi hängt von der Schonung der genitalen Teile der hinteren Harnröhre ab. Die Ejakulation kann durch die Operation vernichtet werden.
L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Digitized by Google

d. Nieren, Ureteren, Harn

The Urinary Leukocyte Count in Children in Normal and in Pathologic Conditions (Der Leukozytengehalt des Harns der Kinder in normalen und in krankhaften Zuständen), von L. S. Friedman und A. G. Mitchell, Cincinnati. (Am. J. Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 2, S. 201—204.) Im normalen Zustande fanden sich im Kubikzentimeter 20 oder weniger Zellen; bei Mädchen sind auch bis zu 40 normal. Im Alter von 2—13 Jahren zeigten Knaben 7, Mädchen 13 Zellen, unter 2 Jahren keine Differenz. Vermehrung tritt bei verschiedenen Infektionen des Respirations- und Darmtraktus sowie anderwärts auf; sie ist größer bei älteren als bei jüngeren Kindern, bei Mädchen als bei Knaben, bei akuten als bei subakuten, afebrilen Erkrankungen. Am stärksten sind die Erscheinungen bei Pyelitis und Nephritis. E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale

Über weiblichen Eunuchoidismus, von H. Steinitz, Inn. Abt. d. Krkhs. d. jüd. Gemeinde Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 8, S. 359.) Verf. beschreibt einen Fall, den er auf Grund seiner Ausfallserscheinungen bedingt durch einen Hypogenitalismus und in Analogie zu ähnlichen Krankheitserscheinungen beim Manne als weiblichen Eunuchoidismus bezeichnet. Es fand sich bei der betreffenden Frau eine ausgesprochene Disproportionierung des Skeletts mit übermäßigem Längenwachstum der Extremitäten, besonders der Oberarme und Oberschenkel. Ferner waren die Genitalorgane und die sekundären Geschlechtsmerkmale, besonders die Behaarung, völlig mangelhaft ausgebildet. Man kann für den vorliegenden Fall eine Unterfunktion des Keimdrüsenapparates infolge mangelhafter Entwicklung als sicher annehmen. Wahrscheinlich sind gleichzeitig auch andere endokrine Drüsen an der Störung beteiligt, in erster Linie die Schilddrüse, vielleicht auch die Hypophyse. Das Krankheitsbild ist von dem des Infantilismus abzugrenzen, der nur ein Stehenbleiben auf einer mehr oder minder frühen Entwicklungsstufe bedeutet. E. Langer-Berlin.

The Action and Uses of Ovarian Extracts (Die Wirkungsweise und Verwendbarkeit von Ovarienextrakten), von W. E. Dixon-Cambridge. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3492, S. 1070.) Aus den Ovarien stammen bekanntlich das aus den reifen Graafschen Follikeln gewonnene Östrin, das aus dem Corpus luteum herrührende Hormon und drittens das von Dixon und Marshall dargestellte, von ihnen interstitielles Hormon benannte Präparat, welche für den Vorgang der Menstruation und Gravidität, jedes auf seine Weise, von ausschlaggebender Bedeutung sind. Das sogenannte interstitielle Hormon wird durch Mazeration in warmer Salzlösung nebst nachfolgendem Kochen und Filtrieren aus dem Eierstock, aber nur zur Zeit der Degeneration der Corpora lutea, als eine wasserlösliche, thermostabile Substanz gewonnen. Die Injektion derselben bewirkt bei Tieren nachweislich eine Anregung der Sekretion des hinteren Lappens der Gl. pituitaria. Auf diesem Wege bewirkt das interstitielle Hormon einmal eine Sensibilisierung der Uterusmuskulatur, ferner aber auch eine Hemmung der Pankreaswirkung und eine Verminderung der Urinabsonderung. Es ist also anzunehmen, daß der Eintritt der Geburt zum Teil wenigstens dadurch herbeigeführt wird, daß durch Degeneration des Corpus luteum das interstitielle Hormon zur Entwicklung und Wirkung gelangt. Das Östrin tritt in größter Menge unmittelbar vor der Menstruation auf, findet sich aber auch in der Plazenta und im 8.—10. Monat auch im Körperblut. Es erscheint als eine thermostabile Flüssigkeit, löslich in allen lipoidlösenden Vehikeln. Bei kastrierten Tieren hatten die damit ausgeführten Injektionen deutliche Zeichen der Brunst im Gefolge. Bei trächtigen Ratten wurde bei Injektion innerhalb der ersten 5 Tage der Gravidität diese unterbrochen; bei Mäusen war dies auch in der späteren Periode der Fall. Allem Anschein nach wird die Bildung dieses Hormons durch das Sezernieren des Vorderlappens der Hypophyse kontrolliert. Das Hormon des Corpus luteum hat zweifellos die Aufgabe, den Eintritt der Ovulation zu verhindern, was bei dauernd fortbestehender Tätigkeit Sterilität bedeutet, die wiederum durch operative Entfernung des Organs bekämpft werden kann. Daß die klinischen Erfolge mit dem Extrakt vielfach unzulänglich ausfallen, erklärt sich erst durch die Annahme, daß das Material nicht während der Periode der funktionellen Aktivität des Corpus luteum zur Verarbeitung kam. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über weibliches (Sexual-) Hormon, Menformon. 9. Weitere Erfahrungen über die Wirkung auf die Brustdrüse. Menformon als Hormon ihrer normalen Ausbildung, von E. Laqueur, E. Borchardt, E. Dingemanse und S. E. de Jongh, Pharmakotherap. Univ.-Labor. Amsterdam. (D. m. W., 1928, Nr. 12, S. 465.) Menformon regt bei

Digitized by Google

kastrierten und normalen erwachsenen männlichen Tieren das Wachstum der sekretorischen und der äußeren Teile (Zitzen) der Mamma an. Die gleiche Entwicklung wurde auch bei jugendlichen männlichen Hunden erzielt. Bei unentwickelten kastrierten weiblichen Meerschweinchen setzte nach Menformonbehandlung reguläre Milchproduktion ein. Bei einer kastrierten Äffin vergrößerten sich die Brustdrüsen. F. Harry-Wiesbaden.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Praktische Therapie der Masturbation, von H. Rohleder-Leipzig. (D. m. W., 1928, Nr. 5, S. 189.) Die Behandlung im allgemeinen richtet sich nach dem Alter der Patienten. Bei den im Pubertätsalter stehenden Onanisten ist 1. richtige sexuelle Aufklärung, 2. richtige psychische Beeinflussung notwendig. Jungen Männern muß die Wirkung der Onanie auf die geistigen Fähigkeiten (Gedächtnisschwäche usw.) vor Augen geführt werden. Bei jungen Mädchen appelliert Verf. an die Eitelkeit, indem er den verderblichen Einfluß der Onanie auf die Schönheit schildert. Bei jüngeren Kindern (5—10 Jahre) sind kleine körperliche Züchtigungen, bei ganz kleinen Kindern Fesselung der Hände und Beine im Bett bisweilen angebracht. Neben der psychischen Behandlung ist Hydrotherapie (kalte Abwaschungen) von Wichtigkeit, ferner in schwereren Fällen medikamentöse Behandlung (Brom, Adalin, Bromural, Valisan, Epiglandol, Epitotal). Die Behandlung älterer Onanisten bietet die größten Schwierigkeiten. Weder die Ehe noch der außereheliche Verkehr sind imstande, die Onanie zu heilen, ebensowenig ein Anraten sexueller Enthaltsamkeit. Man beschränke sich auf eine Herabsetzung der zu starken Libido oder bei auf perversem Sexualtrieb beruhender Onanie die Perversion selbst zu behandeln. Die Behandlung ist allerdings zur Zeit noch sehr wenig aussichtsreich. F. Harry-Wiesbaden.

Praktische Therapie der Masturbation, von I. H. Schultz-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 8, S. 310.) Entgegnung auf die obigen Ausführungen von Rohleder. Die Onanie an und für sich schädigt den normalen Menschen nicht. Nach Aschaffenburg sind die sogenannten Onanieschäden „hypochondrische Hirngespinste" schwächlich depressiv-selbstquälerisch veranlagter Psychopathen. Diejenigen, die die Onanie über das Pubertätsalter hinaus betreiben, sind zarte, scheue, lebensungewandte und vielfach nach v. Bergmann vegetativ stigmatisierte Persönlichkeiten, die der Auseinandersetzung mit den Mitmenschen ausweichen und so zwangsläufig auf sexuelle Selbsthilfe als Ausweg verfallen. Dieser Erkenntnis entsprechend muß die Therapie ganz andere Wege als die von Rohleder empfohlenen einschlagen. Sie besteht darin, die abnormen Persönlichkeiten zum erotischen Vollmenschentum zu führen. F. Harry-Wiesbaden.

Praktische Therapie der Masturbation, von E. Loewy-Hattendorf-Berlin-Steglitz. (D. m. W., 1928, Nr. 12, S. 476.) Verf. hält den Behandlungsvorschlag Rohlederś, die Masturbanten von der Schädlichkeit der Onanie zu überzeugen, für geeignet, schwerste Neurosen zu erzeugen. Der einzige Schaden, den die Onanie hinterläßt, besteht gerade in den ängstlichen Vorstellungen über die Sündhaftigkeit und Schädlichkeit dieser Betätigung. Daraus resultieren dann die Angstzustände hypochondrischer Art bis zur psychischen Impotenz. Ein wesentlicher Bestandteil der Therapie sollte es sein, die Eltern bzw. Erzieher von der relativen Unschädlichkeit der Onanie zu überzeugen. Dann wird es leicht gelingen, die Pat. von ihren Angstvorstellungen zu befreien und zu vollwertigen Menschen auf psycho- und somato-sexuellem Gebiete zu machen. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Therapie der Neurosen des Sexualtraktus, von L. Zippert-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 5, S. 188.) Die Therapie hat mangels jeden Anhaltspunktes für den Nachweis geweblicher Veränderungen der Beckennerven zunächst den Gesamtorganismus zu berücksichtigen. Neben roborierender Diät, sportlicher Muskel- und Nervenstärkung sind psychische Beeinflussung, Hydrotherapie, Induktions- und galvanischer Strom anzuwenden. Auch die medikamentöse Therapie bietet gewisse Erfolgsmöglichkeiten. Insbesondere haben sich Hovaletten (zweimal täglich 2 Tabletten) bewährt, eventuell kombiniert mit einem Testis- bzw. Ovarialpräparat (dreimal täglich 1 Tablette). F. Harry-Wiesbaden.

Praktische Therapie mit Aphrodisiaka, von S. Loewe-Dorpat. (D. m. W., 1928, Nr. 5, S. 184.) Der Hauptvertreter der Sexualtonika ist das Yohimbin, das in hinreichend hoher Dosis (0,01—0,02 g) im genauen zeitlichen Abstand ($^1/_2$—2 Stunden) vor der zu erwartenden Wirkung verabreicht werden muß. Subkutane Injektionen wirken bereits nach $^1/_4$—$^3/_4$ Stunde. Ähnliches gilt für das seltener verwendete Strych-

Digitized by Google

nin, dem jedoch die „Lumbosakralspezifizität" und die vasodilatierende Wirkung des Yohimbins fehlt. Die Muira-Puamadroge, die ähnliche spinale Wirkung wie Yohimbin besitzen soll, findet wegen der Unzuverlässigkeit ihrer Zubereitung keine Verwendung. Während die Sexualtonika nur einen akuten, funktionell-symptomatischen pharmakologischen Reiz auf die peripheren Zentren ausüben und nicht nachhaltig wirken, sind die Sexualhormone ätiotrope und den Grundzustand ändernde Pharmaka. Von den zahlreichen Ovarialpräparaten weisen nur „Follikulin" und „Hormovar" biologisch gesicherten Hormongehalt auf und von Testispräparaten nur das „Testifortan".

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Pathogenese und Therapie der Impotenz, mit besonderer Berücksichtigung der Dyshormonosen, von B. Daniel und A. Frieder, III. Med. Univ.-Kl. Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 5, S. 186.) Potenzstörungen beruhen meist auf einer Kombination von Störungen des endokrinen Apparates und solchen psychisch-nervöser Art. Die Therapie muß daher möglichst allseitig einsetzen. Neben allgemein roborierender Behandlung wird daher psychische und hormonale Therapie anzuwenden sein. Allen genannten Anforderungen scheint das Kombinationspräparat „Testifortan" zu entsprechen, das aus tonisierenden Pharmaka und den hormonalen Synergisten der Keimdrüse (Prähypophyse, Nebenniere, Schilddrüse) und vor allem aus frischem, nach neuem Verfahren gewonnenem Hodenhormon besteht.

F. Harry-Wiesbaden.

Ergebnisse der aktiven analytischen Impotenztherapie, von E. Gutheil-Wien. (Zschr. f. Sexualw., 1928, Bd. 14, Nr. 11, S. 412—426.) Die meisten Fälle von Impotenz sind funktionell, d. h. psychisch bedingt; ihre Grundlage wird durch die analytische Methode dahin aufgeklärt, daß es sich um eine Angstparapathie handelt, die zu den Phobien gerechnet werden kann. Das typische Symptom ist die Angst vor dem Versagen. Am häufigsten wird die Störung auf die Onanie zurückgeführt, womit sich dann ein guter therapeutischer Angriffspunkt ergibt, indem nicht die Onanie, sondern die Angst vor ihren Schäden als Ursache der parapathischen Störungen dargelegt wird. Eine wichtige Rolle spielt ferner die analytisch zu lösende „Keuschheitsklausel", die in manifester oder latenter Religiosität des Kranken gelegen, besonders häufig auch im Kampfe gegen die Onanie geschlossen wird. Die „Todesklausel" entspringt einer oft unbewußten Todesangst und kann auch mit infantilen Vorstellungen über von dem Weibe ausgehende mögliche Schädigungen durch den Koitus verbunden sein. Schuld an der Potenzstörung kann andererseits das Verhalten der geschlechtskalten, liebesleeren Frau sein, besonders wenn infolge moralischer Bedenken die sexuelle Lage des Mannes nicht seinen Wünschen entsprechend gebessert wird. Die dem Manne überlegene Frau wird zu einer Gefahr, indem er die auch auf sexuellem Gebiete von ihr auferlegten „Prüfungen" nicht besteht. Eigenartig sind Fälle „eingebildeter Impotenz"; es handelt sich dabei entweder um anscheinenden Mangel der Libido, wobei die Analyse dem Sexualtrieb des Kranken den richtigen Weg bahnen muß, oder der seiner Meinung nach Impotente meint im Grunde, daß er nicht das, wozu er von seinem Unterbewußtsein getrieben wird (Inzest, Kriminalität) oder den ihm adäquaten Geschlechtsgenuß erleben kann. Die Behandlung aller dieser Formen kann von den potenzfördernden Mitteln nicht viel erwarten, vielmehr muß der Parapathiker behandelt werden. Zunächst absolutes Koitusverbot, das dann oft überschritten wird. Bei Scheu vor Zusammensein mit weiblichen Personen ist der Verkehr des Kranken zu regeln, überhaupt muß ihm ein auf dem Sexualgebiet erfahrener Arzt belehrend und führend zur Seite stehen. Er muß zu der Überzeugung gebracht werden, daß der Kulturmensch eine jederzeit realisierbare Potenz überhaupt nicht besitzt. Unter Umständen kann nur der Vorschlag zur Eheschließung zum Ziele führen, wobei jedoch größte Vorsicht und Überlegung anzuraten ist. Die Heilung, die in etwa 70—80% der Fälle erreicht wird, erfordert verschieden lange Zeit und darf auch mit dem ersten gelungenen Koitus nicht als endgültig angesehen werden. Möglichst häufige sexuelle Betätigung führt am besten zum Abbau der Hemmungen.

E. Levin-Berlin.

Kokainismus und Homosexualität, von H. Hartmann, Psychiatr. Kl. Wien. (D. m. W., 1928, Nr. 7, S. 268.) Auf Grund jahrelanger Beobachtung kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß chronischer Kokaingenuß eine echte Wandlung des Trieblebens hervorzurufen imstande ist. Die untersuchten Pat. zeigten vor der Zeit ihrer Kokainsüchtigkeit keinerlei Zeichen einer latenten homosexuellen Komponente. In einzelnen Fällen war die Änderung der Triebrichtung reversibel, d. h. nach Aussetzen der Giftwirkung kehrte das Individuum zum früheren normalen Typus der Objektwahl zurück.

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Zur Psychologie des Zopfabschneiders. Ein psychoanalytischer Beitrag, von J. Harnik-Berlin. (Zschr. f. Sexualw., 1928, Bd. 14, Nr. 12, S. 451—454.) Die Psychoanalyse des Falles führt auf in der Kindheit entstandene Vorstellungen zurück, die in dem Sexualakt eine ins Grauenhafte gesteigerte Defloration, Tötung mit dem Penis erblicken ließen. Mitleid mit der Mutter, der ein vorher vorhandener Penis abgeschnitten werde, verband sich mit der Angst, wegen Onanie selbst kastriert zu werden. In Verbindung mit sadistischer Komponente und als Abwehr von Wunschphantasien findet eine Verschiebung von unten nach oben statt, die den normalen Sexualakt durch eine symbolische Kastration des weiblichen Objekts ersetzt. Der Zopfabschneider ist ein verkappter, gehemmter Lustmörder. E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Comment se préserver des périls vénériens (Wie schützt man sich vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten?), von P. Robin. (J. méd. Paris, 1928, Nr. 2, S. 29—31.) Empfehlung der bekannten hygienischen und prophylaktischen Maßnahmen. Da auch beim Küssen Infektionen vorkommen können, sollen prophylaktische Maßnahmen auch am Munde vorgenommen werden. E. Levin-Berlin.

Vorbeugungsmittel bei Geschlechtskrankheiten, von H. Ruge-Hamburg. (Med. Welt, 1927, Jg. 1, Nr. 37, S. 1400.) Schilderung der Erfolge der Sublimat-Protargolprophylaxe in der Reichsmarine. Technik: Waschen mit Wasser und Seife in fließendem Wasser, gründliche Abspülung, Waschen der Kranzfurche und Umschlagsfalte mit einer 1—2‰igen Sublimatlösung, Einträufeln von 3—5 Tropfen einer 10%igen Protargol-Glyzerinlösung in die Urethra, einige Minuten zuhalten. Die Desinfektion wird vom Sanitätspersonal durchgeführt. Resultat: Bei 18693 von ½ bis über 5 Stunden nach dem Koitus unternommenen Prophylaxen 391 Versager an Blennorrhoe, 18 an weichem und 51 an hartem Schanker, zusammen 460 Fälle = 2,46%; das Gros der Versager findet sich naturgemäß bei den nach 5 Stunden bzw. noch später versorgten Fällen (14 bzw. 14,28%). Gelegentlich der Spanienreise eines Geschwaders wurden 1886 Prophylaxen mit 1,32% Versagern durchgeführt. Die Beobachtung der Kurve betreffend Zunahme der Geschlechtskrankheiten in der Marine ergibt einen deutlichen Anstieg der Erkrankungsziffer nach Aufhebung und einen Abfall nach Wiedereinführung der Schutzbehandlung. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Individuelle Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von K. Heymann-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jg. 1, Nr. 46, S. 1715.) Empfehlung des französischen Präparates Stovarsol zur Präventivbehandlung der Lues. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Öffentliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von L. Klauber-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jg. 1, Nr. 46, S. 1716.) Verf. befürwortet neben der weiter zu betreibenden Prophylaxe auf Rettungsstellen usw. die Aufstellung von Automaten an öffentlichen Orten (Bedürfnisanstalten, Bahnhöfen, Toiletten usw.), die gegen billiges Geld drei verschiedene Schutzmittel verabfolgen: Gummischutz (Kondom), 2½%ige Chinin-Quecksilber-Bisulfatsalbe) und Doppelschutz, beide zusammen in einer Packung. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Eine nicht beachtete Gefahr bei der Kohabitation mit Prostituierten, von F. Bruck-Berlin-Schöneberg. (M. m. W., 1927, Nr. 51, S. 2188.) Verf. macht auf die Möglichkeit der Infektion von Blennorrhoe und Lues bei unreinlichen Prostituierten aufmerksam, die dadurch zustande kommt, daß vom infektiösen Vorgänger in der Vagina deponiertes Virus auf den nächsten Besucher der Puella übertragen wird. In diesem Fall vermittelt die Prostituierte nur die Ansteckung, während eventuell ihre eigene latente Syphilis für andere ungefährlich ist. Th. Lilienstein-Hamburg.

Geschlechtskrankheiten und Ehekonsens, von L. von Zumbusch. (M. m. W., 1928, Nr. 1, S. 51.) Bei Tripper nur nach gründlichster Behandlung, Beobachtung und Provokation unter besonderer Berücksichtigung aller Drüsen und akzessorischen Gänge Konsens erteilen. Bei Lues I seronegativa nach intensiver Kur und Beobachtung kann unter Umständen nach 2 Jahren, bei Lues I seropositiva nach 4—5 Jahren der Konsens gegeben werden. Bei hartnäckig positiver WR eventuell Liquoruntersuchung. Wenn diese positiv, Malariakur empfehlenswert. Bei Organlues — nicht wegen Infektiosität — Aufklärung des Ehepartners. Bei Lues III, wenn die Liquor-WR ÷ ist und Infektiosität länger als 10 Jahre zurückliegt, ist trotz positiver WR die Ehe zu gestatten. Bei Leuten mit positiver WR, die von Infektion nichts wissen, eventuell an Lues con-

Digitized by Google

genita denken, aber die Reaktion mit Vorsicht bewerten, unter Umständen zur Sicherung Liquoruntersuchung. Bei Lues congenita Erwachsener sind weder positive WR noch Stigmata ein Hinderungsgrund. H. Colman-Berlin.

Das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Nachweis der Spirochaete pallida, von F. W. Oelze, Derm. Univ.-Kl. Leipzig. (M. m. W., 1928, Nr. 4, S. 184.) Dringende Empfehlung des Nachweises der Spirochaete pallida bei allen fraglichen Fällen. M. Cohn-Dresden.

Was wird aus der Prostitution in Deutschland nach dem 1. Oktober 1927?, von Geh. Justizrat Mittermaier-Gießen. (Zschr. f. Sexualw., 1928, Bd. 14, H. 10, S. 393 bis 394.) Der gleichnamige Aufsatz von Hanauer in der Derm. W., Bd. 85, S. 1447 beantwortet im Grunde die Frage, was nun geschehen soll, nicht. Erforderlich ist zunächst ausreichende Fürsorge. Die Polizei muß alle der Prostitution Verdächtigen melden, die Gesundheitsbehörde dann den Fall prüfen und das Zeugnis fordern. Bei Erkrankung ist Zwangsbehandlung zulässig, bei genügender Sicherung der Gefährdung anderer natürlich auch freie Behandlung möglich. Von den ihr bekannt gewordenen Prostituierten kann die Gesundheitsbehörde regelmäßige Untersuchungen fordern und sie durch ihre Beamten und die Polizei hierzu anhalten. Ausreichendes System unentgeltlicher Untersuchungsstellen und Sicherstellung der Kosten ist dazu nötig; jeder Rückfall in Polizeireglementierung mit Zwangsanweisung an bestimmte Untersuchungsstellen und Strafdrohungen muß vermieden werden. E. Levin-Berlin.

Die Tätigkeit der medizinischen Laboratorien im Lichte des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von W. Lustig-Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 48, S. 2296.) Verf. bespricht die Frage, ob sich und unter welchen Umständen gemäß des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten medizinische Institute durch ihre Tätigkeit der „Beihilfe" schuldig machen. Er kommt zu dem Resultat, daß dies nur von Fall zu Fall entschieden werden kann. Behandelt sich ein Kranker selbst, so kommt keine Beihilfe in Frage, da Selbstbehandlung nicht strafbar ist. Anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich um eine Behandlung durch eine nicht in Deutschland approbierte Person oder um Fernbehandlung handelt. Solange die Tätigkeit nur auf die Diagnose gerichtet ist, liegt keine strafbare Handlung vor, dagegen wenn eine Behandlung in Frage kommt. Hierbei käme „Beihilfe" in Betracht, allerdings muß die Beihilfehandlung wissentlich geschehen. Zur Strafbarkeit des Täters — hier also des Leiters des Untersuchungsinstitutes — ist es nicht erforderlich, daß er die Persönlichkeit des Heilbehandlers kennt. Ferner legt Verf. dar, daß solche Ärzte, die in Betrieben nichtapprobierter Personen tätig sind, sich nicht strafbar machen, wenn sie vollständig selbständig arbeiten. Spielen sie aber nur die Rolle eines Assistenten der nichtapprobierten Persönlichkeit und tun sie dies bewußt, so machen sie sich der Beihilfe schuldig. E. Langer-Berlin.

Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom juristischen Standpunkt, von Hellwig-Potsdam. (M. m. W., 1927, Nr. 50, S. 2144 u. Nr. 51, S. 2189.) Der Verf. versucht, von seinem Standpunkt als Jurist die Schwierigkeiten, die sich bei der Auslegung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ergeben, an konkreten Beispielen zu zeigen und zu lösen. Das Gesetz wird von drei Grundgedanken getragen: 1. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist eine ärztliche Aufgabe, zu deren Erfüllung nicht die Polizeibehörden, sondern die Gesundheitsbehörden befugt sind. Infolgedessen ist jede Art polizeilicher Reglementierung unzulässig. 2. Vom Gesetz wird ein Unterschied zwischen Mann und Frau nicht gemacht; in scharfem Gegensatz zum bisherigen Recht werden Mann und Frau gleichgestellt. Doch sind eine große Anzahl von Bestimmungen trotz ihrer vorsichtigen allgemeinen Formulierung in erster Linie auf Prostituierte zur Verhütung der von ihnen ausgehenden sittlichen und gesundheitlichen Gefahren zugeschnitten. 3. Bei dem Gesetz handelt es sich um Maßnahmen, die zum Schutze der Gesunden gegen die Geschlechtskranken getroffen werden, nicht um Fürsorgemaßnahmen für den Geschlechtskranken. Daher treffen die gesetzlichen Maßnahmen nicht jeden Geschlechtskranken, sondern nur den, dessen Krankheit sich in einem ansteckungsfähigen Stadium befindet. Das Gesetz enthält in seiner nicht immer glücklichen Fassung zahlreiche „dehnbare Begriffe", deren Auslegung bei der praktischen Durchführung des Gesetzes manche Schwierigkeit bereiten. Dehnbare Begriffe sind nach dem Verf. die Begriffe des „Minderbemittelten", „wirtschaftliche Nachteile", „begründete Ausnahmefälle", „in unlauterer Weise", „erforderliche Einsicht", „in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise", „in der Nähe von Kirchen" usw., deren rechte Auslegung nur dann möglich ist, wenn man immer

Digitized by Google

wieder auf den gesetzgeberischen Gedanken zurückgreift, welcher der betreffenden Regelung zugrunde liegt. Th. Lilienstein-Hamburg.

Die Ausführungsverordnung der Länder zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. Hensel-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1927, Nr. 51, S. 2439.) Kurze Darstellung der in den einzelnen Ländern erlassenen Ausführungsbestimmungen. Ein Urteil über den Wert und die Auswirkung der in der Tat sehr vielgestaltigen Verordnungen kann erst die Erfahrung über Erfolge und Mißerfolge ergeben.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Die preußischen Ausführungsbestimmungen zum Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Landtag und Staatsrat, von Roeschmann-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 1, S. 23.) Der Staatsrat hat in einer Entschließung vom 13. XII. 1927 der Auffassung Ausdruck gegeben, daß der Erlaß der Notverordnung vom 24. VIII. 1927 und der Ausführungsbestimmungen vom 31. VIII. nicht mit der preußischen Verfassung in Einklang zu bringen ist, da die Zustimmung des Landtages und Staatsrats nicht eingeholt worden ist. Er weist ferner auf die neuen schweren Gefahren hin, welche das Reichsgesetz für Gesundheit, Sittlichkeit und wirtschaftliche Existenz mit sich bringen kann und ersucht das Staatsministerium, nach Jahresfrist über die Bewährung des Reichsgesetzes Mitteilung zu machen und gegebenfalls für seine Änderung bei der zuständigen Stelle tätig zu sein. F. Harry-Wiesbaden.

Die Ausführungsverordnungen der außerpreußischen Länder zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Galewsky-Dresden. (D. m. W., 1928, Nr. 11, S. 440.) In Sachsen sind die Bezirksfürsorgeverbände (Wohlfahrtsämter) die Gesundheitsbehörden im Sinne des Reichsgesetzes. In Bayern sind es die Bezirksverwaltungsbehörden, in München vorläufig die Polizeidirektion, was dem Gesetz widerspricht. Ebenso verhält es sich mit der Einrichtung in Stuttgart, wo der Amtsarzt beim Polizeipräsidium die Gesundheitsbehörde ist, während es sonst die Oberamtsärzte sind. Baden hat die Aufgaben der Gesundheitsbehörde den Gemeinden als Selbstverwaltungsangelegenheiten übertragen, ebenso Braunschweig, Thüringen als Auftragsangelegenheiten unter Mitwirkung des Kreisarztes als fachlichen Beraters. In Hessen sind die Bezirksfürsorgestellen mit dem Kreisarzt als Berater die Gesundheitsbehörden, in Mecklenburg-Strelitz die Räte für die Städte, die Landräte für das Land, in Mecklenburg-Schwerin die Bezirkspflegeämter, in Oldenburg der Landesarzt, in Hamburg die Gesundheitsbehörde, in Bremen der Senat, in Lübeck das Gesundheitsamt. Ebenso verschieden sind die Aufgaben der Polizei in den einzelnen Ländern geregelt. Nur durch Reichsgesetze wäre eine einheitliche Ausführung aller Bestimmungen möglich.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Aufgaben der Stadt Berlin zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Solbrig-Berlin-Lichterfelde. (Kl. W., 1928, Nr. 3, S. 125.)

Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die deutsche Handelsschiffahrt, von Brose-Berlin-Friedenau. (D. m. W., 1928, Nr. 4, S. 150.) Verf. weist auf verschiedene Schäden des neuen Gesetzes bezüglich seiner Anwendung in der Handelsschiffahrt hin. So z. B. wird es oft schwierig sein, die Behandlung durch einen in Deutschland approbierten Arzt durchführen zu lassen. Verf. schlägt vor, dem Kapitän die Befugnis zu erteilen, geschlechtskranke Leute auch in außerdeutschen Häfen behandeln zu lassen. Für die nach § 4 zu ergreifenden Maßnahmen soll die Gesundheitsbehörde im Heimatshafen des Schiffes zuständig sein. Als einzige Zwangsmaßnahme kommt für Seeleute nur die Einbringung in ein Krankenhaus in Betracht. F. Harry-Wiesbaden.

Dermatologischer Unterricht, Krankenhauswesen

Unterrichts- und Forschungsaufgaben der Klinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten, von W. Kerl-Wien. (W. m. W., 1927, Nr. 47, S. 1594.) Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten steht auch in Österreich im Vordergrunde der Arbeiten jeder dermatologischen Klinik. E. Langer-Berlin.

Verschiedenes

Dermatologisches Übersichtsreferat, von J. K. Mayr. (M. m. W., 1928, Nr. 12, S. 537.)

La Dermatologie en 1928 (Die Dermatologie im Jahre 1928), von G. Milian und L. Brodier. (Paris méd., 1928, Nr. 3, S. 49—55.) Jahresübersicht. Im wesentlichen

Digitized by Google

Bericht über die hier referierte (Derm. W., Bd. 86, S. 215), dem Lichen planus gewidmete Sitzung der Straßburger Dermatologischen Gesellschaft. E. Levin-Berlin.

Frauenberufstätigkeit, Geburtenrückgang und Verpöbelung des Volkes, von L. Gschwendtner-Linz. (Zschr. f. Sexualw., 1928, Bd. 14, H. 12, S. 439—451.) Der Zustrom der Frauen zum Erwerbsleben ist in dauernder Zunahme begriffen. Es wird dadurch die Neigung zur Verehelichung durch Fortfall des Versorgungsmomentes herabgesetzt; andererseits werden zustande kommende Ehen auf der Voraussetzung weiterer Berufstätigkeit der Frau aufgebaut, da bei dem im allgemeinen geringen Einkommen des Mannes nur so die Kosten des Haushaltes und der nötigen Anschaffungen zu bestreiten sind. Unter diesen Umständen sind Kinder unerwünscht; die Geburt des ersten Kindes fällt in ein für die Frau nicht mehr günstiges Alter. Die Gesamtzahl der Kinder wird eine geringere, und es ergibt sich ein dauernder Ausfall gerade bei den für Gesundheit und Fortpflanzung der Rasse wertvollen Volksschichten. Damit wird die Nation der „Verpöbelung" preisgegeben. Als Mittel dagegen wird eine stärkere Besteuerung der Doppelverdiener empfohlen; die Mehreingänge sollen zu Prämien für Eheschließende verwendet werden, wenn das Mädchen auf weitere Berufstätigkeit verzichtet. Nötig ist ferner Erhöhung der Anfangsbezüge berufstätiger Männer, Behebung der Wohnungsnot, Ausdehnung der Verlobungszeit. E. Levin-Berlin.

Ein tragbares Taschenmikroskop für Ärzte, von E. Ebstein-Leipzig. (D. m. W., 1928, Nr. 11, S. 434.) Empfehlung des von der Firma Spindeler und Hoyer in Göttingen hergestellten „Spezial-Taschenmikroskop Junior" (Preis 22,50 RM.). Das Objektiv ist derart eingerichtet, daß es 25-, 55- und 100fach vergrößert.

F. Harry-Wiesbaden.

Anatomie und Physiologie der Haut

Influence de la régéneration sur la couleur et le dessin des salamandres adultes (Einfluß der Regeneration auf die Farbe und Zeichnung erwachsener Salamander), von R. Bock und K. Reis. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 1060—1063.) In wechselnder Weise wurden Salamandern Stücke rein schwarzer Haut oder solche mit gelben Flecken oder letztere allein ganz oder teilweise exzidiert. Bei der Regeneration trat zunächst regelmäßig schwarz gefärbte Haut auf; auch wo vorher gelbe Flecke gewesen waren, blieb die Haut in einzelnen Fällen ganz schwarz, in anderen traten nach einiger Zeit gelbe Flecke, meist jedoch in geringerem Umfange als vor der Exzision auf. Schließlich wurde auch ein Auftreten von gelben Flecken an Stellen beobachtet, die vorher ganz schwarz gewesen waren. Es besteht also bei den Tieren eine latente Fähigkeit, Farbe und Zeichnung zu verändern, die durch die Regeneration angeregt wird, während sie sich normalerweise nicht äußert.

E. Levin-Berlin.

Sur l'absorption des matières grasses par la peau de la grenouille (Über die Absorption von Fettsubstanzen durch die Haut des Frosches), von O.-V. Hykes. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 1038). Emulsionen von Fett (Milch) in Wasser können von der Haut des Frosches aufgenommen werden. E. Levin-Berlin.

Allgemeine Physiologie

Das Hormon des Hypophysenvorderlappens, von B. Zondek und S. Aschheim, Univ.-Frauenkl. Charité Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 18, S. 831.) Verff. geben eine eingehende Darstellung ihrer biologischen und chemischen Prüfungen des Hypophysenvorderlappenhormons, dessen geeignetes Testobjekt das Ovarium und sekundär die Scheide der infantilen Maus ist. Nach einer genauen Auseinandersetzung über die Herstellung und chemische Zusammensetzung des Hormons wird die biologische Auswertung besprochen, bei der es von Bedeutung ist, nicht nur eine Vergrößerung und Reifung des Follikels, Mobilisierung des Ovarialhormons und dadurch sekundär Brunstauslösung, sondern auch Erzeugung von Blutpunkten im Ovarium und Bildung von Corpora lutea atretica festzustellen. Bei chronischer Zuführung des Hormons macht sich eine ungeheure Wirkung bemerkbar. Bei gleichzeitiger Kohabitation bei den so künstlich geschlechtsreif gemachten infantilen Tieren machen die Genitalien den Eindruck, als wenn eine junge Gravidität bestünde. Bei gleichzeitiger chronischer Zuführung von Vorderlappen- und Ovarialhormon erhält man eine Dauerbrunst, kenntlich an dem dauernden Schollenstadium in der Scheide. Bei der erwachsenen geschlechtsreifen Maus verur-

Digitized by Google

sacht die chronische Zufuhr von Vorderlappenhormon eine geradezu monströse Umwandlung der Ovarien. Auf die geschlechtsreife kastrierte Maus ist das Hormon ohne jeden Einfluß. Dagegen verursacht es bei alten sexuell degenerierten Tieren das Erwachen einer neuen regelmäßigen Brunst. Auch bei männlichen Tieren ergibt sich bei Zufuhr mehrerer Einheiten durch mehrere Tage eine deutliche Beeinflussung der Sexualorgane, nicht so stark der Hoden als der Nebenorgane, besonders der Samenblasen. Man muß das Vorderlappenhormon danach als ein allgemeines, übergeordnetes und geschlechtsunspezifisches Hormon auffassen. E. Langer-Berlin.

Die historische Entwicklung der biologischen Altersbekämpfung (Reaktivierung), von H. W. Klein-Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 16, S. 555.)

Mikroskopische Technik.

Erfahrungen mit der verbesserten histologisch-diagnostischen Schnellmethode nach Terry, von E. Christeller, Path.-anat. Abt. d. Virchow-Krkhs. Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 10, S. 448.) Das Verfahren ermöglicht es dem Pathologen, den Operateur fortlaufend durch Untersuchung von Exzisionsstücken während der Operation über den Befund zu unterrichten. Es werden aus dem Operationsmaterial mit dem Rasiermesser 1 mm dicke Schnitte geschnitten, auf einen Objektträger gelegt und mit Wasser aus einer Tropfpipette benetzt. Nun wird die Oberfläche mit einem Pinsel mit der von Terry angegebenen Farblösung bestrichen. Sie stellt ein neutrales polychromes Methylenblau nach Terry dar (bei Leitz erhältlich). Dann Abspülen mittels der Tropfenpipette und Besichtigung. Die erhaltenen Bilder sind für 5—10 Min., bis der Farbstoff das ganze Präparat durchdrungen hat, außerordentlich klar. E. Langer-Berlin.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Milieu nutritif simple (Einfacher Nährboden), von A. Berczeller. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 13, S. 1097—1098.) Der Nährboden unterscheidet sich von den sonst gebräuchlichen dadurch, daß die Fleischmazeration nur auf 60° erhitzt wird. 100 g gehacktes Ochsenfleisch werden in 200 ccm Wasser mazeriert, am nächsten Tage ½ Stunde bei 60° erhitzt, durch Papier filtriert und das Filtrat durch Chamberlandkerze passieren gelassen. Die lebhaft rote, durchscheinende Flüssigkeit wird mit 3 Teilen Gelatine gemischt; um einen flüssigen Nährboden zu erhalten, wird zu der erhitzten Fleischmazeration Pepton Martin zu gleichen Teilen zugesetzt und durch Chamberlandkerze filtriert. Auf diesen Nährböden wachsen Gonokokken, Keuchhustenmikroben, Pfeiffersche Bazillen reichlich und mit gleichen Charakteren wie auf Nährböden mit Zusatz von Aszites oder vitaminhaltigen Produkten. E. Levin-Berlin.

Sur l'antagonisme provoqué. Bactéries et spermatozoides (Experimentell hervorgerufener Antagonismus: Bakterien und Spermatozoen), von A. Guiltscher und I. Schiller. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 13, S. 1121—1122.) Zwischen Streptokokken und menschlichen roten Blutkörperchen ist bereits ein Antagonismus nachgewiesen worden, indem erstere, um sich lebensfähig zu halten, die Blutkörperchen angreifen und mittels einer von ihnen gebildeten lytischen Substanz auflösen. Weitere Versuche ergaben, daß bei Abwesenheit von gelöstem Stickstoff grampositive Bakterien und B. subtilis Spermatozoen auflösen; in gewöhnlichem Nährboden (Bouillon) greifen sie die Spermatozoen nicht an. Die Stoffwechselprodukte der genannten Bakterien haben keine Wirkung auf die Spermatozoen. E. Levin-Berlin.

Über einige Versuche einer intravitalen Züchtung von Bakterien in Kantharidenblasen und über Konservierung von pathogenen Keimen in Blutegeln, von C. Leiner-Wien. (Mschr. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 38, H. 1—2, S. 1.) Mit dem Inhalt von Kantharidenblasen lassen sich in den ersten Exanthemtagen von Masern bei Gesunden typische Masern erzeugen. Auch bei Varizellen gelingt in den ersten Tagen der Nachweis des Erregers durch Verimpfung des Inhaltes auf Gesunde, ebenso bei mit Pockenlymphe gesetzten intrakutanen Impfinfiltraten. Bei Typhus kann man mitunter in den Kantharidenblasen die Erreger intravital färben und durch Einspritzen von Rindergalle in die Blasen zur Anreicherung bringen. Typhusbazillen und Spirochäten sind in dem Blut von Blutegeln, die an Kranke angelegt werden, häufig nachweisbar, letztere etwa 3 Tage lang. Malariaplasmodien konnten bisher noch nach 6—7 Tagen in Blutegeln nachgewiesen werden. R. Ley-Kreuznach.

Digitized by Google

Beitrag zur Arbeit von Prof. Dr. Carl Leiner: „Über einige Versuche einer intravitalen Züchtung von Bakterien in Kantharidenblasen und über die Konservierung von pathogenen Keimen in Blutegeln" (Diese Wochenschr., 1927, Jahrg. 23, Nr. 45, S. 1673), von K. Rösler-Komotau. (M. Kl., 1928, Nr. 11, S. 420.) Bericht über einen im Kriege beobachteten Fall, in dem eine Übertragung von Fleckfieber durch Gebrauch desselben Blutegels durch 2 Personen stattgefunden hatte. E. Levin-Berlin.

Immunität bei Spirochäten und Trypanosomeninfektionen, von E. S. Heronimus-Moskau. (Seuchenbek., 1928, H. 2, S. 104.) Kritische Übersicht.

Versuche zur Erklärung der Antiviruswirkung, von F. Schweinburg, Franz Joseph-Spit. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 2, S. 49.) Verf. glaubt nunmehr der Erklärung der Antiviruswirkung nähergekommen zu sein: daß es sich dabei um Zerfallsprodukte der Bakterien handele, die, durch das wiederholte Bebrüten, Erhitzen und Filtrieren im Nährboden entstanden, die Abwehrtätigkeit der Zellen im Kampf gegen die eingedrungenen Bakterien verstärken. („Unspezifische Protoplasmaaktivierung", analog der Reizkörpertherapie nach Weichardt.) Verf. tritt der von Besredka vermuteten eigenen Spezifität der wachstumshemmenden Körper, dem eigentlichen „Antivirus" Besredkas, dadurch entgegen, indem er diese Wirkung auf Erschöpfung des Nährbodens und Änderung der Wasserstoffionenkonzentration zurückführt. „Die Heilwirkung der Filtrate ist eine unspezifische, bedingt durch die im Filtrat vorhandenen Stoffwechselprodukte der Bakterien; sie ist nichts prinzipiell Neues, sie beruht auf den gleichen theoretischen Voraussetzungen wie jede unspezifische Reizkörpertherapie (Proteine) im Sinne Weichardts." D. Simons-Berlin.

Gibt es ein Antivirus für Streptokokken nach Besredka?, von N. Louros und E. Gaessler. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 1/3, S. 132.) Antivirus wird nach monatelangem Lagern wieder alkalisch und besitzt in diesem Zustand keine wachstumshemmenden Eigenschaften mehr. Die wachstumshemmende Kraft des Antivirus ist ein reiner Säuerungseffekt. Setzt man einem alten Filtrat frische Pankreatinbouillon (2 : 1) hinzu, so entsteht erneute Ansäuerung und dadurch Wachstumshemmung. Die Versuche, Antivirus aus kohlehydratfreier Bouillon herzustellen, fielen negativ aus.
F. Harry-Wiesbaden.

Versuche über das Wesen der „perkutanen Immunisierung" gegen Staphylokokkeninfektion bei Kaninchen, von W. Kollath und H. Herfarth, Hyg. Univ.-Inst. Breslau. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 106, S. 120.) Umschläge mit Besredka-Antivirus und gewöhnlicher Bouillon, ferner mit Pepton- und Fleischwasser üben bei intrakutaner Staphylokokkeninfektion des Kaninchens eine deutliche, quantitativ verschiedene Schutzwirkung aus. Am intensivsten war die Wirkung des Antivirus und der Bouillon, wenn sie vor der Anwendung wiederholt mit Äther ausgeschüttelt wurden. Der Zusatz des in Wasser aufgenommenen, fein emulgierten Ätherextraktes, nach Verdampfen des Äthers mit der Bouillon wieder vermischt, hob die Wirkung wieder auf. Die widersprechenden Beobachtungen verschiedener Autoren über die Schutzwirkung der Bouillonumschläge dürften somit auf den verschieden hohen Fettgehalt der angewendeten Bouillon zurückzuführen sein. Einzelne Aminosäuren wirkten auch entzündungshemmend, in absteigender Reihenfolge Tryptophan, Leuzin, Zystin, Tyrosin, Alanin. Trockene und feuchte Wärme waren ohne Einfluß auf den Verlauf der Infektion, ebenso Kasein, Harnsäure, Harnstoff, Allantoin. Die intrakutane Injektion von in Bouillon, Fleischwasser usw. aufgeschwemmten Staphylokokken verstärkte die Infektion erheblich. Der Versuch zeigt, daß es eine intrakutane Schutzwirkung nicht gibt. Nur die perkutane Anwendung als Umschlag schützt. F. Harry-Wiesbaden.

Experimenteller Beitrag zur Frage der Antikörperbildung im Kaninchenliquor nach subokzipitaler Einverleibung, von E. Illert, Heil- u. Pfleg-Anst. Philippshospital bei Goddelau. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 108, H. 1, S. 90.) Nach an etwa 70 Kaninchen durchgeführter subokzipitaler Injektion verschiedener Antigene wurde das Auftreten entsprechender Antikörper im Liquor nachzuweisen versucht. Deren eventuelle Herkunft wurde dabei zunächst nicht diskutiert, da für sie alle Gewebsarten des Zentralnervensystems, ebenso aber auch leukozytäre Elemente aus Blut und Lymphe in Frage kommen konnten. Um wenigstens letzteres auszuschließen, wurde besonders der Grad des meningealen Reizzustandes, für dessen Stärke die Bestimmung der Zellzahl im Liquor einen gewissen Anhaltspunkt gibt, berücksichtigt. Als Antigene dienten 5%ige Hammelblutkörperchen-Aufschwemmung und Ätherimpfstoffe von X_{19}-Paratyphus-B-Bazillen. Nach Vorbehandlung mit Hammelblut waren stets auch im Liquor deutlich Hämolysine nachzuweisen. Die gegenteiligen Befunde Neufelds erklären sich vielleicht

Digitized by Google

durch den fehlenden Zusatz von Meerschweinchenkomplement, da aktiver Liquor vorbehandelter Kaninchen keine hämolytischen Fähigkeiten besitzt. Gleichzeitig mit der Hämolysinbildung im Liquor setzt auch bei intralumbaler Injektion des Antigens eine starke Hämolysinbildung im Serum ein, die der bei intravenöser Vorbehandlung folgenden nicht nachsteht. Die gleichen Beobachtungen bestehen auch bezüglich der Agglutininbildung im Blutserum und Liquor. Die Titerhöhe der im Liquor nachweisbaren Antikörper beträgt nur den 10.—80. Teil des im Blutserum festzustellenden Immunkörpertiters. Um zu entscheiden, ob das Auftreten von Antikörpern im Liquor nicht in der Weise zu deuten sei, daß die im Anschluß an die subokzipitalen Injektionen auftretende mehr oder weniger starke Meningitis einen ständigen Rücktransport von Antikörpern des Blutserums in den Liquor ermöglicht, die zu einer Anhäufung dieser Substanzen im Liquor führt, wurden demselben Kaninchen gleichzeitig intralumbal (X_{19}) und intravenös (Hammelblut) zwei verschiedene Antigene injiziert. Es zeigte sich, daß nach Nachlassen des meningealen Entzündungsprozesses auch der Titer des intravenös verabreichten Antigens im Liquor abnahm, während sich der Titer des intralumbal injizierten Antigens auf gleicher Höhe hielt oder noch anstieg. Daraus schließt der Verf., daß es sich bei dem Auftreten von Antikörpern im Kaninchenliquor nach subokzipitaler Injektion der genannten Antigene wahrscheinlich um Immunitätsreaktionen handelt, die auch zum Teil von den Geweben des Subarachnoidalraumes und des Zentralnervensystems ausgelöst werden, und daß das Zentralnervensystem ebenso wie das Blutserum Antikörper bilden kann, wenn auch ihre Titerhöhe wesentlich geringer ist als diejenige des Blutserums. F. Georgi-Breslau.

Über Lipoidantikörper. 2. Lipoid-Antikörperbildung nach parenteraler Einverleibung von Milch und Milchprodukten, von F. Klopstock-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 106, H. 1/3, S. 127.) Nach intravenösen Injektionen von je 3 ccm Milch in 2—3tägigen Abständen sind Antikörper bereits am Ende der ersten Woche nachweisbar. Die Rückbildung der Blutveränderung erfolgt bei den einzelnen Tieren in verschiedenen Zeiträumen (eine bis mehrere Wochen). Kasein ruft keine Lipoid-Antikörperbildung hervor, Milchalbumin löst eine deutliche, der Vollmilch weit unterlegene Reaktion aus, Milchlipoide üben nur spärlichen Reiz aus. Dagegen ruft Butter eine stürmische Antikörperbildung hervor, und zwar nur durch ihren Gehalt an Magermilch und insbesondere durch Stoffe, die bei der Reifung der Butter zur Entwicklung kommen. F. Harry-Wiesbaden.

Über Lipoidantikörper. 3. Lipoid-Antikörperbildung nach parenteraler Einverleibung von Aminosäuren und Polypeptiden, von F. Klopstock-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 1/3, S. 129.) Die Reagenzglasversuche mit Aminosäuren und ihren Verbindungen fielen im Gegensatz zu den Angaben Muchs negativ aus. Die intravenöse Injektion von 0,5%igem Alanin rief nach mehreren Wochen eine geringe Veränderung der Serumreaktion hervor. 0,5%iges Glykokoll und Leuzin führten zu ++- und +++-Reaktionen. Tyrosin, subkutan injiziert, blieb ohne Einfluß. Polypeptide, in 1%iger Lösung intravenös injiziert, ergaben +++-Reaktion mit cholesterinfreien, und +- bis +++-Reaktion mit cholesteriniertem Rinderherzextrakt. Reagenzglasversuche mit Polypeptiden blieben negativ. F. Harry-Wiesbaden.

Ein Versuch, zwischen überlebender Haut von Tuberkulin-, Trichophytin- oder Quecksilberüberempfindlichen und den zugehörigen „Antigenen" außerhalb des Körpers spezifische Reaktionen nachzuweisen, von W. Frei. (Kl. W., 1928, Nr. 10, S. 457.) Die vom Verf. angestellten Versuche haben ein negatives Ergebnis gehabt, und zwar sowohl bei Verwendung menschlicher wie tierischer Haut. Es ließ sich außerhalb des Körpers keine Reaktion zwischen der Überempfindlichenhaut und dem zugehörigen Antigen feststellen. Vielleicht liegt es an der angewandten Methodik. E. Langer-Berlin.

Action désensibilisante du sérum humain provenant de diverses maladies (Die desensibilisierende Wirkung des von verschiedenen Krankheiten stammenden menschlichen Serums), von J. Moldovan und M. Zolog. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 9, S. 636—637.) Das vorläufige Ergebnis der Untersuchungen läßt erkennen, daß bei einer Reihe menschlicher Krankheitszustände, zumal zur Syphilis in Beziehung stehender, das Serum desensibilisierende Wirkung ausübt; es gewährt sensibilisierten Meerschweinchen in einer Dosis von 3 ccm intravenös eingespritzt einen Schutz gegen die Reinjektion der minimalen tödlichen Dosis. E. Levin-Berlin.

Untersuchungen über die Beeinflußbarkeit der lokalen Serumüberempfindlichkeit durch Eingriffe am aktiven Mesenchym (Milzexstirpation und Speiche-

Digitized by Google

rung), von F. Klinge, Path. Univ.-Inst. Leipzig. (Krkhtsfrschg., 1928, Bd. 5, H. 6, S. 458.) In Fortsetzung der Versuche, welche dem Studium der Abhängigkeit zwischen Anaphylaxie und retikuloendothelialem Systeme dienen, wurden folgende Ergebnisse gewonnen: Während die intravenöse Tuscheblockade die lokale anaphylaktische Reaktion nicht hintanhalten kann, übt die intravenöse Trypanblauinjektion einen deutlichen Einfluß auf den Ablauf der hyperergischen Entzündung aus. Bei intravenöser Verabreichung des Farbstoffes kurz vor der Sensibilisierung oder unmittelbar vor der Erfolgsinjektion (Pferdeserum) wird die anaphylaktische Reaktion abgeschwächt oder aufgehoben, während bei Einschaltung eines Zeitraumes von 10 Tagen zwischen intravenöser Farbstoff- und vorbehandelnder Eiweißinjektion die Gewebshyperergie verstärkt wird. Bei intra- oder subkutaner Trypanblauapplikation bleibt die Sensibilisierung an der betreffenden Stelle in jedem Falle aus. Aus diesen Ergebnissen ist zu schließen, daß es eine Gewebsanaphylaxie gibt, an deren Zustandekommen das retikuläre Mesenchym aktiv beteiligt ist. Die anatomische Analyse der Speicherung des Trypanblaus, das als ein differenter, zellschädigender Stoff angesehen werden muß, seitens der Mesenchymzelle, führt zu einer einheitlichen Auffassung von Histiozyten und Fibrozyten. Durch Aufnahme des Trypanblaus werden die Mesenchymzellen in einen pathologischen Reizzustand versetzt, dem ein Stadium der Lähmung folgt. Aus dieser histologisch darstellbaren Zustandsänderung ergibt sich zwanglos die Erklärung, warum die Immunreaktionen, die an die gleichen Zellen gebunden sind, nicht ablaufen können. E. Schröpl-Eger.

Allergie und Strophulus, von D. Karplus, Karolinen-Kinderspital Gem. Wien. (Mschr. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 38, H. 3, S. 234.) Zur Feststellung der spezifischen allergischen Ätiologie wurden bei 20 Strofuluskindern Kutanproben mit zu Gruppen zusammengestellten Extrakten verschiedener Proteine angestellt. Fast alle normalen Kinder reagierten negativ. Die Strofuluskinder zeigten in großer Mehrzahl positive Reaktionen auf zwei oder mehrere dieser Gruppenextrakte. Die meisten positiven Reaktionen fanden sich auf den Fischextrakt, dann auf den der Eier und der Milch. Bei urtikariellem Strofulus war die Reaktion stets stärker als bei der nodös-pruriginösen Form. Die bei zwei Fällen angestellten passiven Übertragungsversuche der Überempfindlichkeit fielen negativ aus. Ein Extrakt aus Kopfhautschuppen ergab bei keinem Kind ein positives Resultat. Verf. schließt aus seinen Untersuchungen, daß beim Strophulus eine Überempfindlichkeit der Haut gegen Einreiben von Extrakt besteht, daß sich aber weder eine spezifische Ätiologie noch Therapie feststellen läßt. R. Ley-Kreuznach.

Über Teeranaphylaxie und anaphylaktische Migräne, von W. Berg, Med. Univ.-Kl. Rostock. (Kl. W., 1928, Nr. 18, S. 844.) Es handelt sich um einen jungen Menschen, der bei der Straßenarbeit beschäftigt regelmäßig einen asthmatischen Anfall bei der Teerung bekam. An diesem und Kontrollpersonen angestellte Prüfungen ergaben beim Einatmen der Dämpfe eine ausgesprochene Empfindlichkeit des Pat. gegen Steinkohlenteer, während er gegen Spramex-Bitum, das ebenfalls zum Teeren benutzt wird, nicht empfindlich war. Es traten bei ihm regelmäßig ein anaphylaktischer Anfall und eine Erhöhung der Eosinophylie von 1% auf 12% auf. Bei den Kontrollpersonen fanden sich keine entsprechenden Veränderungen. Besonders wesentlich ist ferner, daß es bei dem Pat. gelang, durch ein spezifisches Allergen einen typischen Migräneanfall auszulösen, wodurch klinisch experimentell zum ersten Male der Beweis einer sicher anaphylaktischen Migräne erbracht ist. E. Langer-Berlin.

Über die „Sensibilisierung" mit Allergenen und über die Natur der Allergene, von L. F. Loeb, I. Med. Kl. Charité Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 17, S. 803.) Es ist Verf. gelungen, mit einem wäßrigen Extrakt aus Gänsefedern Meerschweinchen zu sensibilisieren. Wird ein solcher Gänsefedernextrakt mit absolutem Alkohol versetzt, so entsteht eine Fällung, mit der ebenfalls eine Sensibilisierung möglich ist, dagegen nicht gegen das Filtrat des mit Alkohol behandelten Extraktes. Die gleiche Sensibilisierung gelang bei Meerschweinchen gegen wäßrige Extrakte aus Pollen der gewöhnlichen Fichte und deren alkoholischer Fällung. E. Langer-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Funktionelle Störungen der zentralen Kreislauforgane bei gelöser Erkrankung der Körperdecke, von F. Hartmann-Graz. (W. kl. W., 1928, Nr. 8, S. 272.) Für eine Reihe funktioneller Störungen der zentralen Kreislauforgane, für die sich organische Grundlagen nicht nachweisen lassen, sieht Verf. die Ursache in einer pathologischen Eigenart der Körperdecke, die gegenüber der Norm verminderte Verschieblichkeit und

Digitized by Google

Faltbarkeit, eine verminderte Dehnbarkeit und Ausstreichbarkeit, eine erhöhte Elastizität, eine verminderte Eindrückbarkeit zeigt; dies alles vom geringen bis zum exzessiven Grade. Bei sorgfältig geübter Tasttechnik findet man oberflächliche und tiefgelagerte sulzige Verdichtungen des Gewebes, die auch ganz verschiedene Formen annehmen können. M. Cohn-Dresden.

Die Keloidose des Menschen, von H. Schridde, Path. Inst. u. Forschungsinst. f. Gewerbe- u. Unfallkrankh. Dortmund. (Kl. W., 1928, Nr. 13, S. 582.) Außer auf der Haut gibt es auch in der Lunge, an der Zunge und im Magen keloidartige Veränderungen. Bei allen Lokalisationen handelt es sich um äußere Verletzungen physikalischer oder chemischer Natur. Es findet sich dabei eine eigentümliche Veränderung des Bindegewebes, die Keloidose, die mit dem Erscheinen eines fibroblastenreichen, aber sehr gefäßarmen keloiden Granulationsgewebes beginnt und zur Bildung von hyalinen Knötchen und Bändern führt, nodöse und diffuse Keloidose. Beide Formen können sich mischen, seltener kommt es zu Tumorbildungen, die den gleichen Aufbau aus Knötchen und Bändern aufweisen. Abgesehen von den äußeren Ursachen (bei der Haut Wundkeloidose, Impfpockenkeloidose, Furunkel- und Aknekeloide; Lungen- und Lymphknotenkeloidose bei der Sandsteinstaub- und der Kohlensteinstaublunge; bei der Magenkeloidose das Ulcus keloidosum, verursacht durch den Magensaft) muß noch eine Bindegewebsbereitschaft zur Keloidose vorliegen, die in einer angeborenen Bindegewebsdisposition zu suchen ist. E. Langer-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen an subokzipital in den Liquor mit Rekurrens infizierten Kaninchen, von R. Strempel, Univ.-Hautkl. Bonn. (D. m. W., 1928, Nr. 17, S. 687.) Unter 16 subokzipital infizierten Kaninchen gelang der Spirochätennachweis im Blut und Liquor bei 5 Tieren, im Liquor allein bei weiteren 5, im Blut allein bei 1 Tier. Negatives Resultat im Blut und Liquor zeigten 5 Kaninchen, 2 davon hatten Spirochäten im Gehirn. Durch Behandlung mit hohen Neosilbersalvarsandosen gelang es, das Zentralnervensystem der infizierten Tiere bis auf eine Ausnahme zu sterilisieren. Im Blut der infizierten Kaninchen ließen sich spezifische spirochätizide Antikörper nachweisen. Bemerkenswert ist die Bildung von Immunkörpern bei einem Tier, bei dem die Blutinfektion nicht nachweisbar gewesen ist. F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Ernannt: Prof. O. Grütz in Kiel zum leitenden Arzt der dermatologischen Abteilung in Elberfeld;

Priv.-Doz. Dr. Hans Martenstein in Breslau zum a. o. Professor.

Prof. Stephan Rothman in Gießen ist zum Abteilungsleiter der staatlichen Versicherungsanstalt in Budapest berufen worden.

Dr. Levaditi in Paris wurde zum Mitglied der Académie de Médecine gewählt.

Habilitiert: Dr. Schmidt-La Baume und Dr. Hermann in Frankfurt a. M.

Prof. v. Döring in Frankfurt a. M. feierte den 70. Geburtstag und wurde von der dortigen philosophischen Fakultät durch das Ehrendoktorat ausgezeichnet.

Prof. Ferdinand Zinsser in Köln feierte das 25jährige Jubiläum seiner dortigen Tätigkeit.

Prof. Bogumil Beron in Sofia wurde anläßlich seiner 35jährigen dermatologischen Tätigkeit zum dauernden Ehrenpräsidenten der Bulgarischen Dermatologischen Gesellschaft gewählt.

Gestorben: San.-Rat Dr. Nourney, gewesener Chefarzt des Krankenhauses in Mettmann;

Prof. Vittorio Allgeyer in Turin;

Der Hygieniker Prof. Vincenzo de Giaxa in Neapel, bekannt durch seine mykologischen Arbeiten zur Ätiologie der Pellagra;

Prof. Noguchi in New York;

Dr. Hermann Gustav Klotz in New York;

Dr. Roy Jennings Crary, Assistent der urologischen Klinik in Iowa City. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 29 (Bd. 87) 21. Juli 1928

Aus dem Kiewer klinischen Institut zur Ausbildung von Ärzten und dem Kiewer dermato-venerologischen Bezirks-Dispensatorium (Leiter: Prof. Lourier)

Herpes tonsurans, Mikrosporie und Favus der Augenbrauen und Wimpern

Von

Prof. A. Lourier und Ordinator E. Zwitkis

Pilzerkrankungen der Augenbrauen und Wimpern werden wohl verhältnismäßig nicht häufig angetroffen, doch präsentieren sie sich heutzutage durchaus nicht als eine so große Seltenheit, wie dies Houloussi Behdjet behauptet. In seinem Aufsatz: „Die Trichophytie der Augenbrauen und der Wimpern und die seltenen Formen der Trichophytie" (Derm. W., 1927, Nr. 29) meint jener Autor, er habe „unter allen bisher beobachteten Fällen von Trichophytie, die das seltene Bild von Bläschen, Pusteln und polymorphem Erythem darboten, und auch unter den seltenen Fällen, die er nachher noch erwähnen werde, niemals eine Beteiligung der Augenbrauen und Wimpern bemerkt". In der uns zugänglichen russischen, deutschen und französischen Literatur ist es uns allerdings auch nicht gelungen, auf Beschreibungen derartiger Affektionen zu stoßen.

Wenden wir uns nun dem Material des Kiewer Favusdispensatoriums zu, so finden wir folgende interessante Daten. Von 1923 bis 1928 haben dasselbe über 7500 Kranke mit Herpes tonsurans, Mikrosporie und Favus capillitii passiert, unter denen wir, bis zum verflossenen Semester, bloß einen Fall von Herpes tonsurans der Augenbrauen haben verzeichnen können (siehe unten Fall 1). Dagegen haben wir neuerdings, wohl im Konnex mit der hier grassierenden Epidemie von Pilzerkrankungen, häufiger mykotische Erkrankungen der Augenbrauen und Wimpern sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es sei hier darauf hingewiesen, daß die Affektionen nicht selten isoliert vorkommen, d. i. keine Erkrankungen des behaarten Kopfes, der Bartregion und der nicht behaarten Haut im Gefolge haben.

Fall 1: Vor über einem Jahre stellte sich im Favusdispensatorium ein: O. S., 33 Jahre alt, Hebräer, Eindecker von Dachpappe, der berufsmäßig beständig mit Teer zu tun hat, was augenscheinlich die Ursache einer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit und einer Schwächung seiner Haut ist, und demgemäß ein günstiges Moment für die Ausbildung des mykotischen Prozesses abgegeben hat.

Bei Patient gelangten gleichzeitig zur Beobachtung:

a) In der Bartregion — Schuppenbildung, sowie Haarstummel in der Form von schwarzen Punkten — Sycosis parasitaria.

b) An den Handgelenkrücken, vorzugsweise der rechten Hand, sowie an den Vorderflächen der Fußgelenke: handflächengroße, schuppende Hautbezirke mit wandernden,

Digitized by Google

geröteten, erhabenen, blasenförmigen Rändern von unregelmäßiger Form; die Haut ist ein wenig infiltriert; die Abschuppung erfolgt an den Händen in kleineren, an den Beinen in größeren, scheibenförmigen Stücken. Die lockeren Schuppen lassen sich leicht entfernen und bluten beim Abschaben nicht. In den aus diesen Schuppen nach der Methode TSCHERNOGUBOFFS angefertigten mikroskopischen Präparaten wurden Pilze des Trychophyton tonsurans ermittelt.

c) Es wurde ferner mikroskopisch an den Nägeln des linken Daumens und Zeigefingers des Patienten eine Pilzaffektion festgestellt.

d) An der Innenhälfte der rechten Augenbraue machten sich bei Patient gleichfalls Schuppen bemerkbar und zwischen diesen Haarstümpfe in der Gestalt von Punkten. Klinisch, mikroskopisch und bakteriologisch wurde bei Patient auf der besagten Hautpartie der Augenbraue das Trychophyton tonsurans diagnostiziert.

Die Kultur ging auf als Trich. violac. Augenbrauen- und Bartregion wurden einer Röntgenepilation unterzogen. Die Augenbraue bedeckte sich bald mit Haaren und wurde rein; im Bart- und Schnurrbartbereich hingegen zeigten sich noch lange vereinzelte lädierte Härchen, doch ist auch hier zur Zeit der Pilzprozeß als abgelaufen zu betrachten. Die Nägel wurden auf chirurgischem Wege entfernt; die neugewachsenen sind aber wieder betroffen. Was nun Läsionen der nicht behaarten Haut anbelangt, so finden hier Remissionen statt: unter dem Einfluß der Kur gehen die Erscheinungen zurück und treten dann von Zeit zu Zeit wieder auf.

Fall 2: Pat. L. S., ein 10jähr. Knabe, Ukrainer, Sohn eines Buchhalters. Am 13. X. 27 wurde bei Patient Herpes tonsurans capillitii in der Form eines runden, mit weißer, lockerer Schuppung bedeckten Hautbezirks festgestellt, auf dem abgebrochene Haare einige Millimeter über das Niveau der Hautoberfläche hervorragen.

Nach einer Röntgenepilation der behaarten Teile des Kopfes wurden beim Patienten an der inneren Hälfte der Wimpern des rechten Auges einige abgebrochene Härchen konstatiert; auch fand in dem betroffenen Gebiet, das ja beständig von der Augenfeuchtigkeit benetzt wird, eine kaum merkliche Abschuppung statt. Der betreffende Lidrand ist gerötet und etwas infiltriert. Subjektive Empfindungen fehlen. Zur Abheilung der Wimpern genügte eine einmalige Epilation. Mikroskopisch sind die Haare durchgängig von kleinen Sporen angefüllt.

Am 6. XII. 27 wurden in fünf Reagenzgläsern zu je drei Kulturen angelegt auf Nährboden Sabouraud, bestehend aus: Pepton 10,0, Agar 18,0, Glykose 40,0, Aq. 1000,0; oder Pepton, Glykose āā 20,0, Honig 80,0, Aq. 1000,0.

Zwei von den Reagenzgläschen wurden zur Nacht in einen Thermostat bei 37° und tagsüber ans Licht gebracht. Drei Reagenzgläser blieben dagegen außerhalb des Thermostatens. Acht Tage darauf kam es in den ersten Reagenzgläschen zum Aufkeimen von sehr ausgesprochener violetter Kultur — dunkelgraue Punkte.

Fall 3: 8jähr. Junge, K. L., Ukrainer. Hat keinen Vater; Mutter mit grober Handarbeit beschäftigt. Letztere hat nie Pilzerkrankungen durchgemacht. Beim Knaben besteht an der behaarten Kopfhaut ein runder Bezirk von der Größe einer Fünfzigkopekenmünze, bedeckt mit lockerer, weißer Schuppenbildung und mit weißen, einige Millimeter über dem Niveau der Haut emporragenden Härchen. Unter dem Mikroskop wird Mikrosporie diagnostiziert. Nach Angabe der Mutter des Patienten soll sich bei letzterem gleichzeitig mit der Affektion des behaarten Kopfteils ein weißes Schuppenlager an der linken Augenbraue gebildet haben. Hierselbst wurden auch, in der Tat, kleine Schüppchen und zwischen diesen im ganzen vier abgebrochene Härchen gefunden. Nach Entfernung der Schüppchen ließ sich eine völlig trockene Haut erblicken, ohne jedwede Reizung noch Neigung zu Blutungen. Durch Mikroskop wird auch hier Mikrosporie ermittelt. Am 22. und 26. X. 27 werden Kulturen angelegt. Im Thermostat beginnt das Wachstum schon 6 Tage darauf. Am 14. XII. sind in allen Reagenzgläsern Mikrosporiekulturen aufgegangen. Behandelt wurde Patient mittels zweimaliger manueller Epilation des lädierten Abschnittes der Augenbraue im Laufe von 18 Tagen, worauf die Braue rein ward.

Fall 4: T. O., Lehrerin, 30 Jahre alt, Ukrainerin, ledig; hat vorher an sich keine Pilzerkrankungen wahrgenommen. Die Ansteckungsursache ist hier gleich wie in allen anderen von uns beschriebenen Fällen nicht festzustellen. Im Gesicht, unter dem rechten Auge, tritt ein runder, infiltrierter Hautabschnitt zutage, dessen Ränder emporragen und mit weißer Schuppung von der Größe einer Zehnkopekenmünze bedeckt sind. Außerdem besteht an der Innenhälfte der linken Augenbraue eine oberflächliche Schuppenbildung mit unbedeutender Infiltration und tiefsitzenden abgebrochenen, die Form von schwarzen Punkten aufweisenden Haaren.

Digitized by Google

Mikroskopisch: kleine Pilze; bakteriologisch: Anlage von Kulturen den 3. und den 22. X. 27. 12 Tage nach der Einimpfung begann das Wachstum in den Reagenzgläschen, die im Thermostat sich befanden, und nach 18 Tagen erhielten wir eine deutlich ausgeprägte, gesättigte, dunkelviolette Kultur. Ebendasselbe wurde in den später angelegten Reagenzgläsern erzielt. Behandlung: Zweimalige manuelle Epilation. Genesung im Laufe von 3 Wochen.

Fall 5: 8jähr. Knabe, P. S., Ukrainer, Sohn eines Schlossers. Die übrigen Glieder der Familie, welche aus 6 Personen besteht, leiden nicht an Pilzerkrankungen. Vor 2 Wochen wurde beim Jungen ein einziger Hautbezirk an der inneren Hälfte der rechten Augenbraue ergriffen und finden sich hier lädierte Härchen und lockere Schuppen. Mikroskopisch: kleine Pilze.

Am 26. X. 27 wurde eine Kultur angelegt, die am 1. XI. aufzukeimen begann; späterhin: Mikrosporie. Behandlung: manuelle Epilation. Resultat: Ausheilung innerhalb 24 Tagen.

Fall 6: K. W., 8jähr. Mädchen, Ukrainerin, Tochter eines Buchdruckers. Ausschließlich an der Innenhälfte der linken Braue ist ein linsengroßer Hautabschnitt mit kaum merklicher Schuppung zu sehen, worin im ganzen zwei abgebrochene Härchen ausfindig gemacht werden. Mikroskopisch wird Mikrosporie diagnostiziert. Ausheilung innerhalb 18 Tagen; manuelle Epilation.

Fall 7: 12 jähr. Mädchen, I. A., Russin, Tochter eines Bauunternehmers. In der Familie sonst keine Kranken. An der nicht behaarten Haut des Rumpfes werden mehrere runde Hautabschnitte ermittelt, die mit Tinct. jod. bestrichen sind. Am Scheitel ist ein runder schuppiger Hautbezirk von der Größe eines Silberrubels vorhanden, bestanden mit abgebrochenen Haaren; und an der linken Augenbraue ein runder, linsengroßer Abschnitt.

Mikroskopisch wird am Kopfe und an der Braue das Trichophyton tonsurans ermittelt.

Fall 8: 10jähr. Griechin, O. K., Lehrerstochter. Die Familie, die seit 5 Jahren in Kiew lebt, besteht aus 5 Personen, von welchen außer der Patientin noch eine an Mikrosporia capillitii leidet. Patientin wußte von ihrer Krankheit nichts; diese wurde bei Untersuchung der Familie eruiert, wobei sich beim Mädchen Schuppenbildung an der inneren Hälfte der linken Augenbraue in einem bohnengroßen, mit einzelnen Haarstummeln bestandenen Abschnitt herausstellte. Mittels Mikroskopie werden kleine Pilze konstatiert. Bakteriologisch: Mikrosporie am 8. Tage im Termostat. Wurde 3 Wochen behandelt.

Fall 9: Am Tage der Fertigstellung vorliegender Arbeit wurde uns der 13jähr. Knabe, J. G., Ukrainer, zugesandt. An der inneren Hälfte der rechten Augenbraue befindet sich ein runder, roter Hautabschnitt, von der Größe eines Zehnkopekenstückes, und in der unteren Hälfte dieses Kreises sind kaum merkliche Schüppchen vorhanden. Kein einziges abgebrochenes Haar ist zu sehen. Das klinische Bild ist hier ganz unklar, da Patient im Laufe von 10 Tagen mit Salben und Jod behandelt worden war. Im Dispensatorium wurde erstmalig eine Analyse der Haare aus dieser Braue vorgenommen und dabei ein charakteristisches favöses Myzel ermittelt.

Die Ursache der Ansteckung läßt sich nicht strikt eruieren, doch mag hierbei der Beruf des Vaters eine Rolle gespielt haben. Dieser wusch nämlich die Kinderwäsche in Leninsk, wo vor kurzem eine, zur Zeit schon abgewickelte, Pilzepidemie ausgebrochen war.

Aus vorstehendem ergibt sich folgendes:

1. Innerhalb etwa 6 Monate haben wir 8 Fälle von Erkrankung der Augenbrauen und Wimpern ausfindig gemacht.

2. Ungefähr in der Hälfte unserer Fälle, nämlich fünfmal, wurden die Brauen selbständig ergriffen ohne Mitbeteiligung des behaarten Kopfes, der Bartregion und der unbehaarten Haut: eine solche Erscheinung lag vor bei zwei Knaben, zwei Mädchen und einer Frau (letztere hatte freilich an der Wange einen Bezirk von Herpes tonsurans).

3. Aus nachstehender Tabelle ist ersichtlich, daß wir an unserem verhältnismäßig geringen, aus bloß 9 Fällen bestehenden Material konstatieren können, daß Männer und Frauen annähernd in gleichem Maße mykotischen Affektionen der Augenbrauen und Wimpern unterworfen sind.

Digitized by Google

Alter	8—15 Jahre		15—35 Jahre	
	Ukrainer	Andere Nationalitäten	Ukrainer	Andere Nationalitäten
Männer . . .	4	—	—	1
Frauen . . .	2	1	—	1

4. Ukrainer sind, wie es scheint, häufiger derartigen Erkrankungen ausgesetzt.

5. Es werden die Augenbrauen und Wimpern, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern infiziert; prozentual wird diese Erscheinung bei Kindern häufiger angetroffen, da ja Herpes tonsurans und Mikrosporie bei Erwachsenen überhaupt seltener vorkommen. Unter unseren Patienten waren 7 Personen im Alter von 8—15 Jahren, eine 30 und eine 33 Jahre alt.

6. Makro- und Mikrosporie der Augenbrauen tritt gleich häufig auf. Von 6 von uns angelegten Kulturen erhielten wir dreimal Trichophyton violaceum und dreimal Mikrosporie, wobei zu bemerken ist, daß letztere in unseren Fällen bei Kindern im Alter von 10 und 8 Jahren und violette Kultur bei Erwachsenen (12, 30 und 33 Jahre) beobachtet wurde.

7. Genesung erfolgte nach ein- oder zweimaliger manueller Epilation; die ganze Behandlung dauerte höchstens 3 Wochen.

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille)

Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen

IV. Neuere Mikroskopierlampen für Dunkelfeldbeleuchtung

Von

Prof. Dr. F. W. Oelze, Oberarzt

Mit 8 Abbildungen im Text

Während die Bogenlampen und insbesondere die schon früher von mir beschriebene Goerz-Beck-Lampe (1) auch heute noch die Lichtquellen größter Flächenhelligkeit darstellen, sind inzwischen durch zweckmäßige Ausgestaltung der Lampen mit Glühbirne und durch Einführung der Punktlichtlampen weitere Fortschritte erzielt.

Von den neueren Konstruktionen ist die Reichertsche Starrlampe (Abb. 1) dadurch gekennzeichnet, daß sie in neigbarem Lampengehäuse mit Beleuchtungslinse und Filterschlitz eingebaut ist. Verstellbare Anschlagleisten (5 in Abb. 1) sichern dauernd zentrierte Stellung zum Mikroskop.

Die Konzentrierung bzw. Abbildung der beleuchtenden Strahlen kann optisch viel exakter durch Linsen durchgeführt werden als mit der alten Schusterkugel, welche heute in Gestalt eines Kochkölbchens wieder modern geworden ist. Trotzdem diese eine schlechte chromatische Strahlenvereinigung gibt, hat sie sich doch für praktische Zwecke als ausreichend erwiesen und vielfache Anwendung gefunden.

Digitized by Google

Die neue Mikroskopierlampe von Zeiß (Abb. 2) weist ein gefälliges geschlossenes Äußere auf, das offenbar besonders mit Rücksicht auf Reinigung und Schutz vor Verstaubung ausgeführt ist. Abb. 3 zeigt einen Durchschnitt durch die Zeiß-Lampe. Man sieht das Kochkölbchen Nr. 7, nach Abnahme des Deckels 1 ist die Glühlampe 2 zugängig. Für Hellfeldbeleuchtung genügt eine gewöhnliche Glühbirne, für Dunkelfeldbeleuchtung ist eine besondere Dunkelfeldbirne erforderlich. Die Beleuchtungslampe ist durch die Klemmschraube 4 in der Höhe verstellbar. Eine Mattscheibe 5 kann vor der Glühlampe angebracht werden. Zum Gebrauch wird die Lampe in etwa 25—30 cm Abstand vom Mikroskopfuß aufgestellt. Die Lampe wird mittels der Klemmschrauben so hoch gestellt, daß ein Bild der leuchtenden Fläche gerade auf der Mitte des vorübergehend mit einem Kartonblatt bedeckten Mikroskopspiegels entsteht.

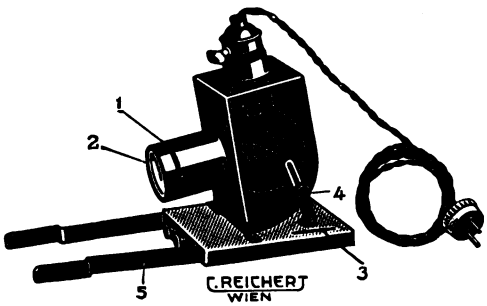


Abb. 1. Starrlampe Nr. 716 (Reichert)

Es ist ein Vorteil der Kochkölbchen, daß man sie auch mit den verschiedensten Filterflüssigkeiten füllen kann. Wenn man gewöhnliches

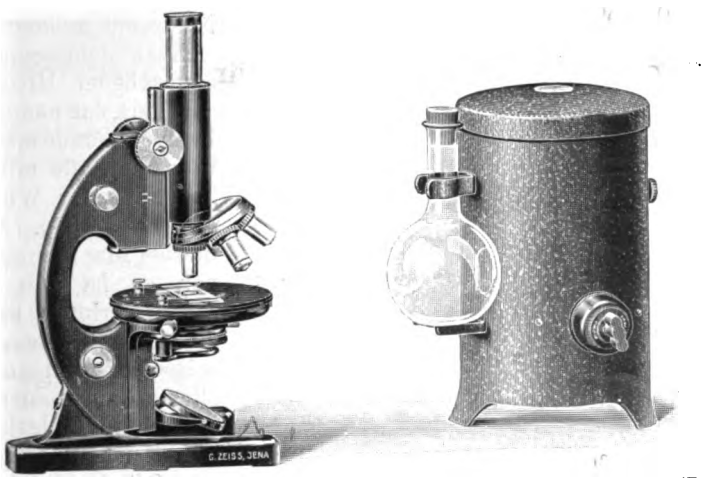
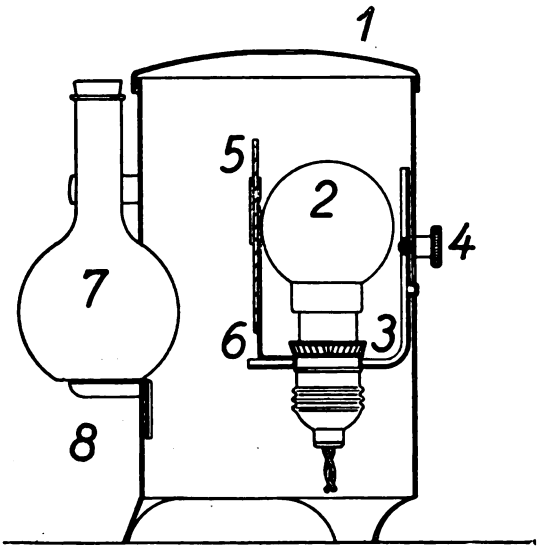


Abb. 2. Mikroskopierlampe mit Stativ ESA, etwa $^1/_5$ natürliche Größe (Zeiß)

destilliertes Wasser benutzt, empfiehlt es sich, ein Stückchen Thymol zuzusetzen, um Bakterien- und Schimmelwachstum zu verhindern. Vielfach benutzt wird das Kupferoxydammoniakfilter: Man gießt etwa 40 ccm starkes Ammoniak in das Kochkölbchen, fügt 12 Tropfen einer Kupfervitriollösung (1 Gewichtsteil Kupfervitriol auf 5 Gewichtsteile destilliertes Wasser) mit etwas Schwefelsäure angesäuert hinzu, schüttelt, bis sich

Digitized by Google

der zuerst entstandene Niederschlag völlig gelöst hat und füllt mit destilliertem Wasser bis zum Ansatz des Halses auf. Achromatisches Lichtfilter: Man löst 0,1 g Anilinblau, wasserlöslich, in 400 ccm destilliertem Wasser. Man mischt nun in dem Kochkölbchen 3 ccm von dieser Lösung mit 9 ccm der obengenannten Kupfervitriollösung und füllt mit destilliertem Wasser bis zum Ansatz des Halses auf. Auch hier setzt man ein Stückchen Thymol zu. Monochromatisches Licht für Mikrophotographie läßt sich leicht durch entsprechende Farblösungen herstellen.



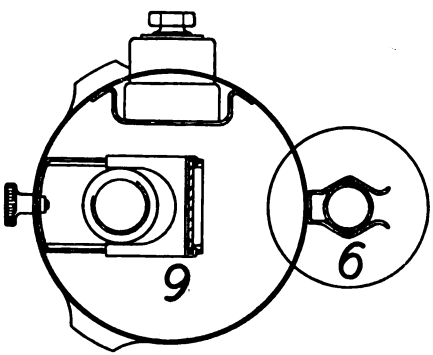


Abb. 3. Durchschnitt durch die Zeiß-Lampe, etwa $^1/_4$ natürliche Größe

Eine einfache Konstruktion ist die Leitzsche Mikroskopierlampe (Abb. 4), welche neigbar ist und in der die Glühbirne gegen den Glaskolben verschiebbar angebracht ist.

Was die Brauchbarkeit der Glühbirnenlampen für Spirochaete-pallida-Nachweis anlangt, so hat sich an dem schon früher abgegebenen Urteil nichts geändert, daß nämlich diese Lampen gerade ausreichen, in jedem Falle müssen sie in exaktester Weise eingestellt werden. Kommen hierbei nur geringe Fehler vor, so ist alle sonstige Arbeit verloren, man muß deshalb an einem Mundspirochätenpräparat ein für allemal ausprobieren, bis die größte Lichtstärke ermittelt ist.

Oft kommt es dabei auf eine Verschiebung von wenigen Millimetern der Lampe zur Beleuchtungslinse oder auf eine geringe Drehung der Glühfadenlampe an. Erst wenn ein Mundspirochätenpräparat tadellos deutlich, silberweiß auf schwarzem Untergrund erscheint, hat es Zweck, die Pallidadiagnose zu versuchen.

Das gleiche gilt von denjenigen Dunkelfeldkonstruktionen, bei denen die Lampe mit dem Dunkelfeld selbst verbunden ist. H. Schaupal (2)

Digitized by Google

hat 1917 aus den Bedürfnissen der Kriegsmikroskopie heraus ein Glühlämpchen, wie es für elektrische Taschenlampen gebräuchlich ist, unter einem Reichertchen Kondensor angebracht. Im weiteren konstruktiven Verfolg dieser Schaupalschen Anordnung sind die Arztschen Kondensoren (3) entstanden. Namentlich in der neuen veränderten Form (Abb. 5), die auch an Stative anderer Fabrikation passen, liegt, wie ich mich durch den praktischen Gebrauch überzeugt habe, in dem Arzt-Reichertschen Kondensor ein gutes Hilfsmittel vor, um auch dort Dunkelfeldmikroskopie betreiben zu können, wo kein elektrisches Stromnetz vorhanden ist. Das Niedervoltglühlämpchen, das eine Lichtspirale besitzt, welche man genau einstellen muß, kann mit einer Taschenbatterie oder derartigem betrieben werden.

Anschließend an diese Einrichtungen sind noch Lampenkonstruktionen zu erwähnen, wie sie von Scheminzky (4) beschrieben worden sind, bei denen eine kleine Schwachstromglühlampe in einen Metallhohlzylinder,

Abb. 4. Mikroskopierlampe für Dunkelfeldbeleuchtung (Leitz)

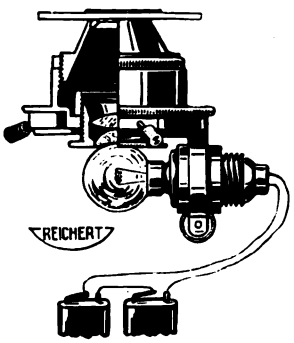


Abb. 5. Spiegelkondensor nach Arzt mit eingebauter Lichtquelle (Reichert)

welchen man in verschiedenartigster Weise am Mikroskop, über dem Objekttisch oder auch unter dem Kondensor befestigen kann, angebracht ist. Auch sonst sind diese Lampen für verschiedenste Zwecke brauchbar. Derartige Einrichtungen sind auch von deutschen Firmen, z. B. Leitz und Busch, ausgeführt worden. Wenn es sich hauptsächlich um Dunkelfeldbeleuchtung handelt, erscheinen die Reichertschen Konstruktionen am vorteilhaftesten.

Will man ein Niedervoltlämpchen an ein Starkstromnetz anschalten, so bedarf man eines Widerstandes. Schild (5) hat diesen Widerstandsstrom, der gewöhnlich in einem Drahtwiderstand bei Gleichstrom in unnötige Wärme verwandelt wird, dadurch ausgenutzt, daß er gewöhnliche Mikroskopierglühlampen als Widerstand benutzte. Reichert hat diese Einrichtung praktisch ausgeführt, die vielleicht für Kurszwecke von Nutzen sein kann.

Eine andere weitere Ausnutzuung der Mikroskopierglühlampen ist von Studnička (6) angegeben, bei der man durch Heraufklappen einer Kugelschale eine gleichzeitige Tischbeleuchtung erhält.

Digitized by Google

Eine Dunkelfeldlampe insbesondere für Wechselstrom ist von FALKENTHAL (7) in der Weise konstruiert, daß der Spannungstransformator in das Lampengehäuse selbst eingebaut ist. FALKENTHAL irrt allerdings, wenn er meint, daß mit einer Glühfadenlampe derselbe optische Effekt erreicht werden könnte wie mit einer Bogenlampe. Die Flächenhelligkeit der gleichen Lampe wird durch die Art der Montierung des Fadens nicht geändert.

Einen wesentlichen Vorteil für die praktische Dunkelfeldmikroskopie bedeutet die Einführung der Osram-Punktlichtlampen. Diese haben eine Flächenhelligkeit von HK 15 pro Quadratmillimeter, sie stehen zwar der Bogenlampe nach, übertreffen aber bei weitem die gewöhnlichen Glühbirnen und haben vor den Bogenlampen den großen Vorzug, daß sie

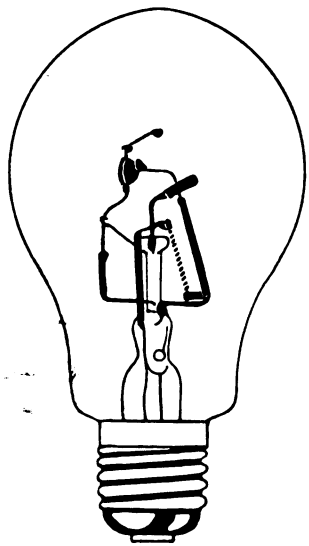


Abb. 6. Mikroskopierpunktlichtlampe für Wechselstrom (Zeiß)

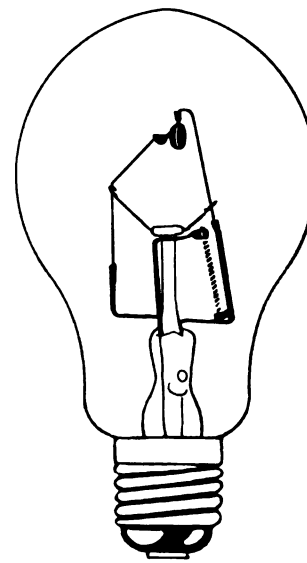


Abb. 7. Mikroskopierpunktlichtlampe für Gleichstrom (Zeiß)

keiner Regulierung bedürfen und daß sie geräuschlos und ohne Luftverschlechterung arbeiten. Früher war die Nernstlampe für Dunkelfeldzwecke vielfach beliebt, weil sie ein helles, gleichmäßiges Licht lieferte und keine Wartung nötig hatte. Deswegen wurde die Unmöglichkeit, Nernstlampen zu beschaffen, lange Zeit störend empfunden. Durch die Punktlichtlampen ist nicht nur ein vollwertiger Ersatz geschaffen, sondern infolge ihrer punktförmigen Lichtquelle hat diese Lampe vor der Nernstlampe bedeutende Vorzüge. Die Osram-Punktlichtlampe ähnelt in ihrem Äußern einer kugeligen Glühbirne, sie ist jedoch eine Wolframbogenlampe. Die Punktlichtlampe wird in zwei verschiedenen Konstruktionen für Gleich- und Wechselstrom geliefert. Die Wechselstromlampe zeigt Abb. 6 im Durchschnitt. Man sieht die beiden kugelförmigen Wolframelektroden. Die Lampe ist mit einem Gasgemisch, das im wesentlichen aus Neon be-

Digitized by Google

steht, unter einem Druck von mehr als $^1/_2$ Atmosphäre gefüllt. Die Neonfüllung hat den Zweck, infolge ihrer niedrigen elektrischen Durchschlagsspannung die Glimmzündung zu ermöglichen. Beim Einschalten überziehen sich Elektroden und Zuführungen zunächst mit rötlichem Glimmlicht, das der Lichtbogenentladung Platz macht. Die Gleichstrombogenlampe (Abb. 7) ist komplizierter konstruiert. Hier tritt die Zündung zunächst bei Berührung der beiden in Ruhestellung befindlichen Elektroden ein. Durch einen mit den Zuführungen zu den Elektroden verbundenen, sich ausdehnenden Metallstreifen wird, nachdem der Strom etwa eine halbe Minute durchgegangen ist, die für die Ausbildung des Flammenbogens nötige Einstellung der Elektrode automatisch hergestellt. Die Gleichstromlampe brennt also erst nach einiger Zeit. Sehr sorgfältig ist darauf zu achten, daß richtig gepolt ist, weil sonst die Lampe zerstört wird. Die

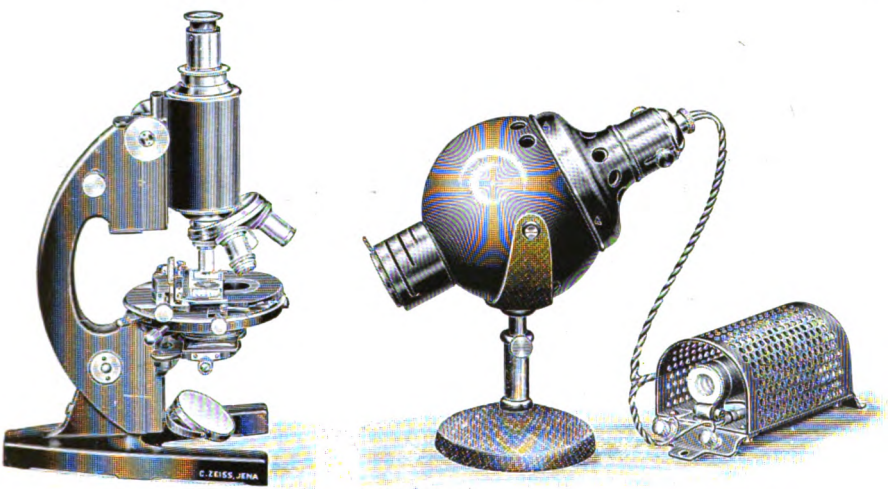


Abb. 8. Mikroskopierpunktlichtlampe in Gebrauchsstellung mit Mikroskop, etwa $^1/_5$ natürliche Größe (Zeiß)

Lebensdauer der Gleichstromlampe beträgt etwa 400 Brennstunden, die der Wechselstromlampe die Hälfte. Die äußere Form einer Zeiß-Mikroskopier-Punktlichtlampe mit Widerstand und Mikroskop zeigt Abb. 8. Die Lampe ist verschiebbar in einem kugelförmigen, gleichfalls beweglichen Gehäuse untergebracht, das vorn in einem Stutzen eine Beleuchtungslinse mit Irisblende sowie einen Schlitz für Farbfilter besitzt. Im Gebrauch ist es sehr wichtig, durch Verschiebung der Lampe zur Beleuchtungslinse die günstigste Stellung ein für allemal zu ermitteln. Ist die Apparatur aber einmal richtig eingestellt, so bietet die Punktlichtlampe eine ebenso angenehme wie zuverlässige Dunkelfeldbeleuchtung, deren Helligkeit auch für die Pallidadiagnose durchaus zureichend ist.

Es wäre sehr zweckmäßig, um gleichzeitig für die Hellfeldbeleuchtung eine passende Lichtquelle mit langer Lebensdauer zu haben, eine Punktlichtlampe mit einer gewöhnlichen Mattglasglühlampe zu kombinieren.

Digitized by Google

Auf diese Weise hätte man eine Universalbeleuchtungseinrichtung für das seltener gebrauchte Dunkelfeld, die Punktlichtlampe, deren 400 Brennstunden ja für den Spezialzweck lange ausreichen und für das häufig gebrauchte Hellfeld die gewöhnliche, aber vollkommen ausreichende Mattglasglühbirne.

Literatur

1. Oelze, F. W., Die mikroskopische Ausrüstung des Arztes. Leopold Voss, Leipzig 1924. — 2. Schaupal, Hans, Die elektrische Taschenlampe als Lichtquelle für die Dunkelfeldbeleuchtung. W. m. W., 1917, Nr. 10, S. 502. — 3. Arzt, Spiegelkondensor mit direkter Beleuchtung. W. kl. W., 1920, Nr. 18, S. 379. — 4. Scheminzky, Ferd., Über eine neue Universalmikroskopierlampe für Laboratorium und Ordinationszimmer. Kl. W., 1923, Nr. 46, S. 2153. — 5. Schild, Ewald, Eine neue Universal-, Widerstands- und Mikroskopierlampe. W. m. W., 1924, Nr. 4, S. 201. — 6. Studnička, F. K., Eine Lampe zum Mikroskopieren. Zschr. f. wiss. Mikroskopie, 1923, Bd. 40, S. 359. — 7. Falkenthal, Eine neue Dunkelfeldlampe. Zbl. f. Bakt., I. Abt. Orig., 1922, Bd. 87, S. 398.

Aus der Klinik für Syphilis und Dermatologie in Wien (Vorstand: Prof. Dr. W. Kerl)

Über einen salvarsanresistenten Fall exulzerierter, tertiärer Lues der Nase

Von

Dr. Richard Geiger, Assistent

Mit 2 Abbildungen im Text

Bei der Aufnahme unseres Patienten am 7. Februar 1927 war folgender klinischer Befund zu erheben: 44jähr. Pat., von mittlerer Größe, unterernährt (56 kg Körpergewicht), zeigt einen exulzerierten Defekt, der die Nasenspitze, den knorpeligen Anteil des Septum nasi und den untersten Anteil beider Nasenflügel entsprechend der Breite des Septum cartilageneum zerstört hat. Das vulnerable Geschwür, das die nach vorne offene Nasenöffnung in seiner ganzen Zirkumferenz einnimmt, ist mit nekrotischen, hämorrhagisch eitrigen Massen bedeckt; am Rande, der unregelmäßig und eleviert erscheint, entsprechende Krustenauflagerungen. Letzterer ist durch ein mächtiges Infiltrat beträchtlich verdickt, lividrot verfärbt, derb, schmerzlos, ziemlich scharf abgesetzt und zeigt keinerlei Primäreffloreszenz, auch keine tief sitzenden Knötchen in der Kutis (unter Glasdruck). Das Infiltrat setzt sich dick plattenförmig über den ganzen oberen Anteil der Nase auf den Nasenrücken, beide Nasenflügel und Wangen fort. Die Affektion besteht angeblich 10 Monate (Abb. 1). Familienanamnese belanglos.

Beim ersten Anblick dieser Erkrankung zogen wir differentialdiagnostisch neben Lues und Tuberkulose Blastomykose, chron. Rotz und Karzinom in Betracht. Für tuberkulöse Erkrankungen wird die Anwesenheit in die Haut eingelagerter Knötchen (ich habe vor allem den Lupus vulgaris exulceratus im Auge), unregelmäßige Konfiguration des Randes, leichtes Bluten des den Grund bildenden matschen Granulationsgewebes und relativ langsames Fortschreiten des Prozesses als charakteristisch angeführt. Was die Lokalisation betrifft, so ist im Gesicht besonders die Nase eine Lieblingslokalisationsstelle der Hauttuberkulose und hier wieder in erster Linie, ja beinahe immer der knorpelige Anteil, der solche Veränderungen aufweist. Gerade die den Knorpel zerstörende Exulzeration, Konsumption der Nasenspitze und untersten Anteil der Nasenflügel, da-

Digitized by Google

neben auch der mehr lividrote Farbenton war es, der trotz Fehlens anderer für Tuberkulose charakteristischer Erscheinungen im Hinblick auf die außerordentliche Vielseitigkeit tuberkulöser Haut- und Schleimhauterkrankungen immer wieder den Verdacht einer tuberkulösen Erkrankung in den Vordergrund rückte. Darin konnte man noch bestärkt werden durch die Angaben des Patienten, daß er schon längere Zeit vorher in der Nase ständig Krusten hatte, was auf eine primäre tuberkulöse Erkrankung der Nasenschleimhaut deuten konnte. In diesem Zusammenhange möchte ich erwähnen, daß nach Angabe einzelner Autoren die Schleimhaut der Nase primär recht häufig tuberkulös erkrankt, ja AUDRY meint, daß alle Patienten mit lupösen, tuberkulösen Erkrankungen im Gesicht an der Schleimhaut der Nase tuberkulöse Prozesse aufweisen.

Indes konnte man bei dem Affekt unseres Patienten wegen des ziemlich scharf abgesetzten Randes, der durch ein beträchtliches Infiltrat bis auf das Zwei- bis Dreifache seines Breitendurchmessers verdickt erscheint, sehr derb und vollkommen schmerzlos ist und in verhältnismäßig kurzer Zeit zu so ausgedehnten Zerstörungen führte, den Verdacht auf einen luetischen Prozeß nicht von der Hand weisen.

Bei der Möglichkeit einer beruflichen Infektion (Herrschaftsdiener, der mit Pferden zu tun hatte) und bei dieser Lokalisation mußte man gewiß auch an chronischen Rotz, infolge des leicht wallartig elevierten epithelialen Saumes am Rande des Ulkus auch an Karzinom denken.

Dadurch, daß die charakteristischen Symptome für alle diese Krankheitsbilder in unserem Falle verschleiert waren, war es kaum möglich, vom klinischen Bilde weg eine sichere Diagnose zu stellen.

Die biologischen Reaktionen (SWR-Luetin-Pirquet-Malein) ergaben ein negatives Resultat, ebenso die wiederholt angestellten bakteriologischen Untersuchungen in Abstrichpräparaten auf Tuberkel-Rotzbazillen und Blastomyzeten. Maltoseagarkulturen ergaben ebenfalls kein Resultat, das zur Klärung der Ätiologie des Krankheitsbildes beitragen konnte. Die Lumbalpunktion war in allen Reaktionen negativ.

Rhinologischer Befund (Klinik NEUMANN): Außer geringfügigen Krusten am Rachendache negativer Epipharynxbefund.

Interner Befund (Klinik ORTNER): Myokardaffektion bei Mesaortitis und Arteriosklerose.

Blutbefund:	Leukozyten	7260
	Neutrophile	63,5%
	Stabkernige	5,0%
	Lymphozyten	20,5%
	Große Mononukleäre	6,0%
	Eosinophile	4,5%
	Basophile	0,5%

Röntgenologisch: Beide Sinus phrenico-costales durch Schwarte zum größten Teil verschlossen, sonst normale Verhältnisse.

Die am 14. Februar durchgeführte Probeexzision einer Randpartie ergab folgenden Befund: Epithel im exulzerierten Teile fehlend, an der Oberfläche teils zarte, fädige, teils homogene, blaßrot gefärbte Detritusmassen, in denen zahlreiche Zellreste und Kerntrümmer neben polynukleären Leukozyten eingelagert sind. Nebenan ist das Epithel stellenweise wohl vorhanden, aber schlecht gefärbt, aufgequollen, dort und da Vakuolenbildung zu sehen; die Zellen sind ungeordnet und unregelmäßig gelagert, durchsetzt von Infiltratzellen; an der Oberfläche stellenweise parakeratotische Verhornung. In der Kutis ein dichtes, kompaktes Infiltrat, welches

Digitized by Google

das Stratum papillare et reticulare ziemlich gleichmäßig durchsetzt und vor allem aus Plasmazellen, Lymphozyten, daneben spärlichen Epitheloidzellen und ganz unregelmäßig dazwischen gelagerten, nicht sehr reichlichen Langhansschen Riesenzellen besteht. Überall ziemlich reichlich Fibroblasten auffindbar. Auffällig ist allenthalben die Neigung zum Zerfall und der Reichtum an Blutgefäßen, unter welchen besonders deutlich die im Stratum papillare erweiterten und strotzend mit Blut gefüllten Venen hervortreten. An den Gefäßen neben mäßiger Endothelschädigung (Quellung und Abhebung) nichts Bemerkenswertes.

Dieser Befund, nach dem Karzinom und Rotz von vornherein auszuschließen war, beinhaltete vielleicht differentialdiagnostische Schwierigkeiten zwischen tertiärer Lues und Tuberkulose. Wegen der diffusen Neigung zum Zerfall, der unregelmäßigen Verteilung der Riesenzellen und der relativen Armut an Epitheloiden glaubte ich, mich für einen

Abb. 1. Exulzerierter Defekt der Nasenspitze und der untersten Anteile beider Nasenflügel, dickes, plattenartiges Infiltrat am Nasenrücken und an beiden Wangen

Abb. 2. Nach der Behandlung: An den Alae nasi und am Septum Narbe, Infiltrat vollständig geschwunden

tertiär luetischen Prozeß entscheiden zu müssen. Hierin bestärkte mich aber vor allem die relative Reichhaltigkeit an Fibroblasten, und der Umstand, daß an den Gefäßen die Elastika selbst in der Umgebung zur Nekrose neigender Herde relativ gut erhalten war.

Auf Grund dieses Befundes wurde Patient, der bis jetzt 15 Mirioninjektionen (2 à 3 ccm und 13 à 5 ccm) bekam, einer energischen Salvarsanbehandlung unterzogen; um diese Zeit war vielleicht am Septum nasi zarte Narbenbildung, an den Alae nasi Schmälerwerden durch Rückgang des Infiltrates zu konstatieren. Nach verabfolgten 3 g Neosalvarsan war im klinischen Aussehen kaum eine Änderung zu erkennen, die Nasenflügel waren nach wie vor exulzeriert, mit Krusten bedeckt und deutlich infiltriert. Nach einer Gesamtmenge von 5,10 g Neosalvarsan (vom 1. IV. bis 25. V. 27) wurde Patient mit vernarbtem Septum, mäßig infiltrierten Alae und beinahe vollkommenem Schwunde des Infiltrates an beiden Wangen auf eigenes Verlangen entlassen und in 5 Wochen zur Kontrolle wiederbestellt.

Status praesens: Reine Narbe am Septum und an den Alae, Infiltrat an Nase und Wangen größtenteils geschwunden, am linken Nasenflügel noch an einer ganz kleinen zirkumskripten Stelle eine mit einer Kruste bedeckte Erosion, SWR negativ, Luetin positiv.

Patient bekam nun vom 4. IX. bis 10. IX. abermals 22 ccm Mirion, im Anschluß daran Jodkali. Am 27. X. 1927 wird Patient in der Wiener dermatologischen Gesellschaft mit folgenden Befunde vorgestellt.

Digitized by Google

Status praesens: Alae und Septum nasi vernarbt, Infiltrat der Nase und Wangen restlos geschwunden (Abb. 2), SWR negativ, Luetin positiv.

Die Affektion unseres Patienten ist von mannigfachem Interesse:

a) Klinisch bzw. differentialdiagnostisch;

b) wegen des biologischen Verhaltens;

c) wegen des relativ resistenten Verhaltens auf unsere sonst wirksame Therapie.

Was den ersten Punkt betrifft, so war das klinische Bild ein derart verschwommenes, daß es für keine von den im Früheren erwähnten, differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen als charakteristisch und typisch bezeichnet werden konnte, weshalb eine sichere klinische Differenzierung unserer Affektion kaum möglich war. Auch die längere Beobachtung des Verlaufes der Erkrankung, sowie die während dieser Zeit durchgeführten klinischen Hilfsuntersuchungsmethoden konnten keine Klärung bringen.

Ad b) ist hervorzuheben, daß nicht nur die SWR, sondern auch die zu wiederholten Malen angestellte Luetinreaktion negativ ausfiel. Wenn auch bekanntermaßen erstere in etwa 30% sicherer tertiär luetischer Hautaffektionen negativ ist, so kann doch größtenteils vermöge des eigenartigen biologischen Gewebszustandes eines tertiär Luetischen — seiner Überempfindlichkeit — mit Luetin eine spezifische Reaktion ausgelöst werden. Dies ist um so bemerkenswerter, als durch die gleichzeitig bestehende Mesaortitis luetica der Prozentsatz des negativen Ausfalles der biologischen Reaktionen gewiß noch eingeschränkt wird. Worin liegt nun die Ursache dieses biologischen Verhaltens?

Ich glaube wohl nicht fehlzugehen, wenn ich dafür den miserablen Allgemeinzustand unseres Patienten verantwortlich mache, weshalb das Hautorgan außerstande war, auf die Injektion spezifisch zu reagieren. (Anergie.) Dafür spricht auch der Umstand, daß die Reaktion nach beendeter Kur, nachdem sich der Ernährungszustand des Patienten wesentlich gebessert hatte (Gewichtszunahme um 4,60 kg), ins Positive umschlug.

Ad c) Dieser Fall zeigt uns besonders deutlich, von welchen Momenten der Effekt unserer im allgemeinen so wirksamen Chemotherapie im besonderen abhängig ist, nämlich:

1. von dem jeweiligen Zustand des gesamten Organismus,
2. von den Zirkulationsverhältnissen.

Ohne auf die verschiedenen Theorien, die über die Wirkungsweise des Salvarsans bestehen, näher einzugehen, möchte ich an Hand dieses Falles doch hierzu einiges bemerken. Die Frage der Art und Weise der Wirkung des Salvarsans ist bis nun nicht eindeutig und überzeugend gelöst. Einer Gruppe von Autoren, die mehr weniger nur für eine direkte Einwirkung auf die Spirochäten (ätiotrope) eintreten, steht eine andere Gruppe entgegen, die zu einer nur direkten Wirkungsweise sich nicht bekennen; schon Ehrlich hat neben der parasitiziden Wirkung noch einen „Ictus immunisatorius", also protoplasmaaktivierende Fähigkeiten dem Salvarsan zugeschrieben, die sich vielleicht, wie vor allem Finger und Jadassohn annehmen, in Gewebsumstimmungen dokumentieren. Lippmann und Agazzi schließen aus einer Erhöhung des Agglutinationstiters bei Zusatz von Arsenobenzolen auf Immunkörperbildung durch

Digitized by Google

Salvarsan. Neuber spricht gleichfalls von protoplasmaaktivierender, stimulativer Wirkung. Holste meint, daß neben der spirilloziden auch indirekt wirksame Eigenschaften durch das im Organismus wahrscheinlich unter Einwirkung eines Fermentes neu entstehende aktive Spaltungsprodukt mit im Spiele seien; Somogyi beobachtete, daß bei frischer Lues, wo Fibrine und Globuline reichlich vorhanden sind, dieselben durch Hg, Bi und Salvarsan vermindert werden — die gleiche Einwirkung wird auch durch artfremde Eiweißstoffe hervorgerufen — und ist der Ansicht, daß der Übergang von spezifisch-antiluetischen Heilmitteln zur unspezifischen Reizkörpertherapie ein fließender sei.

Lennhoff, Simič, Uhlenhuth und Mulzer nehmen nur eine parasitizide Wirkungsweise des Salvarsans an und bekräftigen dies durch experimentelle Untersuchungen. (Simič konnte mittels der Abelinschen Reaktion eine direkte Fixierung des Salvarsans an das Parasitenprotoplasma nachweisen, Lennhoff mittels der Ferrozyankali-Ferrichlorid-Reaktion.) Mühlpfordt erblickt in der Reduktionskraft des Salvarsans das wirksame Prinzip, während Schuhmacher das oxydationshemmende As-Molekül als unbedingt notwendig für das Zustandekommen der Salvarsanwirkung erachtet. Letzterem Autor gelang es, an Hand von eingehenden experimentellen Untersuchungen die Salvarsanbase als Wirkungsprinzip darzustellen.

Der Effekt unserer Salvarsanbehandlung ist gewiß nicht in allen Fällen der gleiche; während in der weit überwiegenden Mehrzahl die klinischen Erscheinungen schon nach einigen Injektionen zum Rückgange und baldigen Schwinden gebracht werden können, stoßen wir immer wieder auf Fälle, in denen der Effekt ein nicht zufriedenstellender, die Heilungstendenz eine schleppende, ja gelegentlich überhaupt keinerlei Beeinflussung des klinisch sichergestellten luetischen Affektes zu erkennen ist. Geht man der Ursache dieses salvarsanresistenten Verhaltens nach, so kann man zumeist erkennen, daß der jeweilige Zustand des gesamten Organismus hierbei schuldtragend ist. So war auch in unserem Falle ganz klar zu erkennen, welch wichtige Rolle in dem Ausmaße unseres therapeutischen Effektes, letzterer bzw. die Funktionstüchtigkeit und Abwehrkraft seiner Körperzellen spielt. Ist diese infolge irgend einer Allgemeinschädigung (schlechter Ernährungszustand, Abusus alcoholicus, Anämie, Kachexie usw.) eine herabgesetzte, so bleibt selbst unser ausgezeichnetes Antisyphilitikum mehr weniger vorübergehend wirkungslos.

Ob nun die Salvarsanwirkung eine direkte ist, oder ob nicht hierbei auch unspezifische Komponenten mit eine Rolle spielen: die normale Beschaffenheit des gesamten Organismus, die Abwehrkraft seiner Körperzellen sind jedenfalls eine Conditio sine qua non.

Daß dem so ist, erhellt nicht nur aus dem vorliegenden Falle recht eindeutig, sondern auch aus mehreren Beobachtungen ähnlicher Art, die an dem Luesmaterial der Klinik in letzter Zeit gemacht wurden.

Beobachtungen dieser Art sprechen wohl nun doch dafür, daß bei der Salvarsanwirkung wahrscheinlich auch unspezifische Komponenten neben der ätiotropen (parasitiziden) mit eine erhebliche Rolle spielen; so meint auch Hoffmann, daß bei diesen (relativ) resistenten Fällen wohl das Versagen der natürlichen Abwehrkräfte des Organismus schuldtragend ist.

Digitized by Google

Aus einem derartig therapieresistenten Verlaufe ist nach meinem Ermessen immer ein entsprechender Rückschluß auf den Allgemeinzustand des gesamten Organismus berechtigt, weshalb zunächst entsprechende Vorbedingungen für die Wirkungsmöglichkeit unserer Chemotherapie zu schaffen sind (Roborantien).

Gewiß sind wohl für dieses außerordentlich hartnäckige Verhalten des gummösen Affektes unseres Patienten auf unsere Therapie die schlechten Zirkulationsverhältnisse mitverantwortlich; ist ja das syphilitische Granulom schon als solches, insbesondere bei dieser Lokalisation, nicht so beschaffen, daß das ins Blut gebrachte Mittel in der gewünschten Intensität sein Gefäßnetz durchspülen könnte, so wurde besonders im vorliegenden Falle durch das ausgedehnte, plattenartige Infiltrat an Nase und Wangen (venöse Stauung ist im mikroskopischen Präparate besonders im Stratum papillare sehr deutlich zu erkennen) die Durchblutung des Krankheitsherdes geradezu verhindert.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 14. Februar 1928

Bericht von Dr. L. Kleeberg-Berlin

Krankendemonstrationen:

1. Arndt: a) 49jähr. Frau mit **Pemphigus foliaceus.**

b) Generalisierter **Lichen ruber planus.**

c) **Lichen syphiliticus und makulopapulöses Exanthem.** (Abheilung unter Atrophia maculosa cutis luetica.)

d) Kind mit **Lupus vulgaris und Scrophuloderm.**

2. Gottron (Univ.-Hautklinik): a) **Aleukämische Lymphadenosis cutis.**

b) **Basalzellenepitheliom.**

3. Freund (Univ.-Hautklinik): **Lokalreaktionen nach Zosterverimpfung** auf drei Erwachsene und ein 11jähr. Kind (Demonstration).

Diskussion. Buschke: Wäre es nicht möglich, daß — selbst wenn der Zoster infektiöser Natur ist — die Impfung von Hauteffloreszenzen negativ verläuft, weil das Kontagium nicht immer in der Haut, sondern in dem Zentralnervensystem (eventuell Intervertebralganglien) lokalisiert ist?

4. Buschke: a) 21jähr. Frau mit **Lues congenita tarda,** gummöse Ulzerationen an beiden Unterschenkeln. Vater an Paralyse gestorben.

b) 36 Jahre alter Mann mit **Psoriasis und Acrodermatitis chronica atrophicans** beider Ober- und Unterschenkel und Fußrücken.

c) 60jähr. Mann mit **Lupus, Röntgenulkus und Granulationstumor** der linken Wange (in einer früheren Sitzung schon gezeigt). Unter Detoxinbehandlung ist jetzt das Ulkus geheilt. Der Granulationstumor, welcher nach Abtragung sich wieder neu gebildet hatte, verkleinerte sich durch die Narbenschrumpfung.

d) 52 Jahre alte Frau mit **ausgedehnter Melanodermie des Gesichts,** der Hände und Vorderarme und der Hals- und mittleren Brustpartie, die sich bei ihrer Beschäftigung in einer Telephonfabrik, wie sie angibt, dadurch gebildet hat, daß Staub und Flüssigkeit der chemischen Substanzen, mit denen sie beschäftigt ist, gegen die Haut spritzen. Mehrere andere Arbeiterinnen sollen ähnliche, wenn auch weniger ausgedehnte Pigmentierungen zeigen. Die Natur der schädigenden Substanzen ließ sich bisher nicht feststellen. Histologisch fand sich bisher das Pigment nur in den Chromatophoren. Eine akute Dermatitis soll vorher nicht bestanden haben.

e) 11 Jahre alter Knabe mit **maligner Alopecia areata des Kopfes,** die auf Thyreoidinbehandlung Heilungstendenz geringen Grades zeigt.

Digitized by Google

5. Pinkus: Frau mit ausgedehnter, nicht diabetischer **Xanthomatosis bei Cholesterinämie.**

6. Heller: **Familiäre Nageltrichophytie** (in der Familie sind schon 5 Fälle von Nageltrichophytie vorgekommen). Ob eine besondere anatomische oder chemische Konstitution der Nägel bei diesen Fällen erforderlich ist, wird zur Diskussion gestellt. Kulturell fand sich Trichophyton faviforme.

7. Fischer: **Nageltrichophytie, trockene Dyshidrosis der Hände und Tüpfelung der Nägel.** Kulturell: Kaufmann-Wolf.

8. Chajes: Vorstellung eines Falles von **multipler neurotischer Hautgangrän.** Im Anschluß an eine Schußverletzung des linken Unterarmes im Jahre 1916, die eine Ulnarislähmung zur Folge hatte, entwickelten sich, besonders in der kalten Jahreszeit, alljährlich multiple oberflächliche, gangränöse Ulzerationen am linken Unterarm, differentialdiagnostisch sind Artefakte auszuschließen.

Diskussion. Winkler glaubt an Artefakte und berichtet über einen Fall, in dem erst die Psychoanalyse Aufklärung brachte.

Richter: Der schnelle Heilungsprozeß spricht gegen neurotische Gangrän.

Buschke: Auf Grund meiner sonstigen diesbezüglichen Erfahrungen möchte ich doch erwägen, ob hier nicht doch artifizielle Schädigungen in Betracht kommen (zu Urlaubszwecken), wenngleich ich die Möglichkeit eines Zoster hystericus nicht bestreiten will.

Schlußwort: Chajes lehnt Artefakte ab.

9. Fanz Rosenthal: **Acrodermatitis atrophicans.** 62jähr. Frau, vor 10 Jahren Akrozyanose der Hände und Füße. Erst in den letzten 5 Jahren kam es zu sklerodermieartigen Einlagerungen, die strangförmig bis zu den Ellenbogen und den Oberschenkeln hinaufreichen. Nach einer vor 4 Jahren vorgenommenen periarteriellen Sympathektomie (Prof. Bier) haben sich die Erscheinungen nicht gebessert und sich sogar auf der operierten Seite an Ferse und Unterschenkel tiefgehende Geschwüre eingestellt.

10. Alfred Cohn: Demonstration von **Gonokokkenkulturen.**

11. Buschke und Joseph: Demonstration von Präparaten von **Chromoblastomycosis tropica.** Das Material stammte von einem Fall, den W. A. Hoffmann am Finlay-Institut in Habanna beobachtete und wurde unter Annahme einer Blastomykose zur Untersuchung übersandt. Die Schnitte zeigten bei Färbung nach Gram-Weigert usw. das charakteristische Bild der Dermatitis verrucosa, wie es von Rocha da Lima eingehend dargestellt worden ist. Nach kurzer Darstellung der histologischen Veränderungen und der klinischen Erscheinungen der hauptsächlich in Brasilien bei Eingeborenen vorkommenden Erkrankung werden Kulturen des Erregers — Phialophora verrucosa — sowie der in dieselbe Gruppe gehörigen Acrotheca pedrosiana gezeigt. Der vorliegende Fall ist der erste auf Kuba festgestellte, doch ist möglich, daß die Affektion im Innern des Landes häufiger vorkommt.

Sitzung vom 13. März 1928

Krankendemonstrationen:

I. Arndt (Univ.-Hautkl.): 1. **Purpura annularis Majocchi.**
2. Multiple oberflächliche **Basalzellenepitheliome des Rumpfes.**
3. Extragenitale **Ulcera mollia** am 2. Finger der rechten Hand und Bubonuli.
4. **Parapsoriasis.**
5. **Fox-Fordycesche Krankheit.**
6. **Lichen ruber follicularis** und **annularis.**
7. **Lupus erythematodes** und **papulonekrotisches Tuberkulid.**
8. **Gumma des Nebenhodens.**
9. **Koilonychie.**
10. Kind mit **Pityriasis rubra pilaris.**
11. **Lues tertiaria praecox.**
12. **Lichen ruber planus universalis** (in der vorigen Sitzung schon demonstriert).
13. **Mycosis fungoides.**
14. Kind mit knotenförmiger zur Verkäsung neigender **Hauttuberkulose der Unterschenkel.**

Diskussion zu 10: Ledermann fragt, ob Arndt einen Zusammenhang mit Tuberkulose annimmt.

Arndt: Milians Auffassung über den Zusammenhang mit Tuberkulose wird allgemein abgelehnt.

Digitized by Google

II. Blumenthal: **Xanthoma diabeticum.**

III. W. Fischer: 1. **Arsenkeratose und röntgenresistentes Karzinom der Handfläche.**

2. **Epitheliom der Wangenschleimhaut.**

3. Kind mit **Leucoderma psoriaticum** (Vater des Kindes Vitiligo).

IV. Löhe: 1. Massige Keloide nach **ulceröser Lues II.**

2. **Lichen ruber nach Salvarsan.**

3. **Fall zur Diagnose** (Pyodermie végétante Hallopeau?).

Diskussion: Arndt hält disseminierte Tuberculosis fungosa serpiginosa für möglich.

V. Keining (Hautkl. Hamburg): **Ungewöhnlich ausgedehnte Lymphadenosis cutis circumscripta bei lymphatischer Leukämie mit lymphatischen Infiltrationen in beiden Mammae.** 61jähr. Pat. Vor $1^3/_4$ Jahren lymphatische Leukämie festgestellt. Damals noch keine Hauterscheinungen. 3 Monate später quälender Juckreiz und danach eine zunächst nur handflächengroße Rötung und Anschwellung der Haut an der linken Hüfte. Seit 3 Monaten in der Klinik, diffuse Infiltration der ganzen Rückenhaut, Kreuz und Gesäßgegend und beide Oberschenkel von braunroter Farbe, teigiger Konsistenz und mit lamellöser Schuppung an der Oberfläche. An den Rändern löst sich die diffuse Infiltration in teilweise isoliert stehende papulöse Herde auf. Im Verlauf der letzten 8 Wochen breitete sich der Prozeß auf Schultern, Hals, Brust, Abdomen und linke Gesichtshälfte aus (tumorartige Anschwellung der Wangen und Ohrläppchen, spindelförmige Auftreibung der Nase). Seit 8 Tagen Übergreifen auch auf die rechte Wange und auf den behaarten Kopf (Alopezie). Frei sind nur die Arme und Unterschenkel geblieben. Seit einigen Wochen brettharte lymphatische Infiltration beider Mammae, universelle Drüsenschwellungen. 165000 Leukozyten, 88% Lymphozyten. Histologisch mächtige, rein lymphozytäre Infiltrationen in den mittleren und tiefen Kutisschichten.

VI. Bruhns: 1. **Vitiligo,** entstanden im Anschluß an ausgebreitete Salvarsandermatitis. Patientin September 1926 mit ausgedehnter Salvarsandermatitis in das Krankenhaus aufgenommen. Nach Abheilung der Dermatitis trat Vitiligo auf, erst undeutlich, später immer schärfer sich abhebend, seit einem Jahre noch deutlicher geworden. Jetzt große depigmentierte Flecken, zum großen Teil mit hyperpigmentierter Umgebung auf Rumpf und Armen.

2. **Sklerodermie.** 54jähr. Pat., am 8. XI. 1927 hier als Dermatitis reticularis atrophicans vorgestellt. Damals wurde die Diagnose Sklerodermie abgelehnt. Heute doch als Sklerodermie aufzufassen, da an den Armen, besonders links, Erscheinungen von „liliacring" sichtbar und stellenweise eine Infiltration der Haut deutlicher wird. Beginn vor 7 Jahren. Ungewöhnlich ist die atrophische, netzförmige Beschaffenheit der Haut am Rumpf, die der Poikilodermie sehr ähnlich sieht. An einigen Stellen Bild der Weißfleckenkrankheit. Grundumsatz um 10% erhöht, was noch als normal anzusehen ist.

3. **Vorgeschrittene Tabes dorsalis mit syphilitischer Gaumenperforation.** Infektion unbekannt. Gaumenerkrankung begann angeblich vor 3 Monaten. Keine frühere Behandlung. Vernarbung der Perforation unter antiluetischer Therapie.

VII. E. Langer: 1. 54jähr. Mann mit einem kleinapfelgroßen **Primäraffekt der Oberlippe,** Schwellung der regionären Drüsen, makulo-papulösem Exanthem, ausgedehnter Corona veneris, Infektion durch gemeinsame Benutzung eines Trinkgefäßes wahrscheinlich. (Irrtümlich als Karzinom zur Operation überwiesen.)

2. 43jähr. Pat. mit ausgedehntem **Lupus der Nase und der Ober- und Unterlippenschleimhaut.** Gleichzeitig bestehen mehrere erbsen- bis bohnengroße tuberkulöse Ulzera der Zunge. Lungen sind (auch röntgenologisch) frei. Elektrokoagulation, Pyotropin und Milchsäurebehandlung der Schleimhaut.

3. **Röntgenogramme der Harnröhre.** Die Aufnahmen werden neuerdings während der Injektion des Jodipins gemacht. Hierdurch kann die hintere Harnröhre gleichzeitig sehr gut dargestellt werden. Das Urethrogramm eines Pat. mit einer hartnäckig rezidivierenden Blennnrrhoe zeigt neben der normal geformten Urethra ober- und unterhalb derselben je eine Paraurethra, die von dem vordersten Drittel der Harnröhre bis in die Pars bulbosa neben der Urethra verlaufen und dort erst münden. Bei der Aufnahme nach der Injektion ließen sich diese Paraurethren nicht mehr darstellen, so daß daraus auf eine vollständige Verbindung geschlossen werden kann. Es werden außerdem noch einige Diapositive von Harnröhrenmißbildungen, Strikturen, Prostataabszessen und Samenblasenfüllung gezeigt.

Digitized by Google

Diskussion. Heller: Früher wurde diskutiert, ob es sich wirklich um doppelte Harnröhren oder um verlagerte Ausführungsgänge der Cowperschen Drüse hierbei handele.

Schlußwort. Langer: Es handelt sich zweifellos bei den Paraurethren um angeborene Mißbildungen.

Sitzung vom 4. Mai 1928

Demonstrationen:

I. Arndt (Univ.-Hautkl.): 1. **Melkerknoten.**
2. **Lupus miliaris disseminatus.**
4. **Lues maligna.**
5. **Acrodermatitis continua Hallopeau.**

Diskussion: Gottron.

II. Freund (Univ.-Hautkl.): **Urticaria papulosa chronica mit teleangiektatischen Granulom.**

III. Buschke: 1. **Tertiäre Lues bei einem Paralytiker nach einer Malariakur.** 36jähr. Mann, bei dem 10 Jahre nach der Infektion (erste Kur 1916: 8 g NS + 12 g Hg. zweite Kur 1917: 8 g NS + 12 Hg) bei stets negativer WR in der Zwischenzeit eine Paralyse auftrat. Behandlung mit einer Malariakur ohne andere Vor- oder Nachbehandlung. Jetzt seit 4 Monaten nach einem leichten Trauma Geschwüre an der Stirn, die sich zu einem typischen tubero-ulzerösen Syphilid entwickelten. Da ebenso in den inneren Organen und am Zentralnervensystem tertiäre Erscheinungen auftreten können, empfiehlt es sich, jeder Malariakur eine antiluetische Behandlung anzuschließen.

2. 64jähr. Pat. mit einer **Cavernitis corp. cavernos. urethrae.** Hochgradige Striktuierung, die auch röntgenologisch nachgewiesen ist, und Umwandlung der hinteren zwei Drittel des Corpus cavern. urethrae in einem knorpelharten, wenig schmerzhaften und scharf begrenzten Tumor. Differentialdiagnostisch: Induratio penis plastica, Tumor oder Kavernitis (evtl. luetisch?) vielleicht mit gleichzeitiger Steinbildung.

3. **Phagedänischer Primäraffekt im Anfangsteil der Urethra** bei einem 44jähr. Manne mit Durchbruch neben dem Frenulum an zwei Stellen.

4. **Mollusca contagiosa auf der Stirn,**

5. **Prurigo** bei einem 2jähr. Kinde. Im Blute und in den Bläschen starke Eosinophilie.

6. **Basalzellenepitheliom** bei einer 40jähr. Frau an der Stirn mit Ulzeration des größten Teils der Stirn und Nekrose des Knochens, so daß teilweise das Gehirn freiliegt.

7. Kind mit **Alopecia areata,** nach Thyreoidin Besserung.

IV. E. Langer (Derm. Abt. Krkhs. Britz): 1. **Lichen ruber und Arsenkeratose** bei einem 42jähr. Manne. Die ersten Erscheinungen traten 1917 am Bauch auf, innerhalb von 3 Monaten Ausbreitung des Lichen ruber über den ganzen Körper, der auch jetzt noch besonders an den Extremitäten in typischer Anordnung befallen ist. Von Mai 1919 bis Ende 1920 im ganzen 308 Arseninjektionen. Atrophie der Haut. Für die Verhornungsanomalie der Hände und Füße käme evtl. differentialdiagnostisch die Keratodermia mac. dissem. Buschke-Fischer in Frage.

Diskussion: Buschke hält für die Ursache der Hyperkeratose am ehesten die hochgradige Arsenverabreichung; in keinem Falle glaubt er an das Vorliegen der Keratodermia.

2. Diapositive von Röntgenaufnahmen einer **blennorrhoischen Phlegmone des Handgelenks** bei einem 25jähr. jungen Mädchen. Hochgradige Beteiligung der Handwurzelknochen und des Radius an dem Gelenkprozeß mit gleichzeitiger Atrophie der Metakarpen. Vorläufig ist nach einem für 3 Wochen angelegten Gipsverband die Funktion eine verhältnismäßig gute.

Diskussion: Buschke hält die Prognose bei diesen phlegmonösen Gelenkerkrankungen besonders auch an den Handgelenken für recht ungünstig, da sie meistens zur Versteifung kommen.

V. Heller: 1. **Zirkumskripte Sklerodermie** mit sehr ausgeprägtem Lilac-Ring.

2. **Hodenatrophie nach Hernienoperation.** Bei einem Pat., der dreimal wegen einer Hernie operiert worden ist, trat auf der rechten Seite eine vollständige Atrophie des Hodens ein, ein Vorkommnis, das aus diesem Grunde bisher nur selten beobachtet ist. Links fand sich eine Hydrozele und Epididymitis. Bei dem Pat. kam es daher zu einer vollständigen Azoospermie. Experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, daß die Atrophie nach Hernienoperationen meistens auf eine Schädigung des N. spermaticus zurückzuführen ist.

Digitized by Google

3. **Fall zur Diagnose** (Demonstration des Bildes). Pat. hat eine isolierte Erkrankung der Nägel, die bisher von den meisten für eine isolierte Hallopeausche Erkrankung aufgefaßt ist. Da nach oft für kurze Zeit eintretender Besserung immer neue Schübe einsetzen, glaubt H., daß es sich um ein rezidivierendes Nagelekzem handele. Bisher sind isolierte Nagelerkrankungen als Hallopeausche Dermatose nicht beobachtet.

Diskussion: Arndt hat auch noch nie nur auf die Nägel beschränkte Hallopeausche Dermatose gesehen.

Buschke empfiehlt Röntgenbehandlung, die in einzelnen Fällen gute Erfolge zeitigt.

4. Demonstration eines Diapositivs eines Bildes von Rembrandt, „Alte Frau die Nägel schneidend".

VI. Bruhns: 1. **Elephantiasis penis et scroti** bei einem 13jähr. Knaben. Die Elefantiasis ist wahrscheinlich angeboren. Daneben finden sich auf der elefantiastischen Haut zahlreiche blaß-bläuliche Tumoren von verschiedener Größe. Es ist anzunehmen, daß den Veränderungen angeborene Lymphangiombildungen und Lymphangiektasien zugrunde liegen.

2. **Erythrocyanosis puellarum von ungewöhnlicher Ausdehnung** bei einem 22jähr. Mädchen. Das Bemerkenswerte an dem Fall ist, daß sich die Veränderung nicht auf die Unterschenkel beschränkt, sondern auch auf die Oberschenkel und Nates, ja sogar neben den Armen und Wangen auch auf die Mammae ausgedehnt hat.

3. **Strichförmige Dermatose an der Hinterseite von Ober- und Unterschenkel** bei einem 13jähr. Mädchen. Der Streifen, der ungefähr den Voigtschen Grenzlinien entspricht, macht den klinischen Eindruck einer Neurodermitis, juckt aber gar nicht und ist daher wohl eher als Naevus aufzufassen.

VII. W. Fischer: **Erythema exsudativum multiforme** mit Beteiligung der Mundschleimhäute, Vagina und Konjunktiven.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Annales des Maladies Vénériennes

1928, Jahrg. 23, Nr. 2

Sur deux cas de syphilis gastrique (Zwei Fälle von Syphilis des Magens), von Lévy-Franckel, Hôp. Saint-Louis. S. 81. In dem einen Fall führte eine plötzlich einsetzende abundante Magenblutung im Verein mit einer im Röntgenbild deutlich sichtbaren Nische an der kleinen Kurvatur, in der Regio praepylorica, zur Diagnose. Bei dem zweiten Kranken handelte es sich um eine Stenose an der Kardia. Der Wassermann war in beiden Fällen positiv. Nach intensiver spezifischer Behandlung schnelle Besserung.

Le traitement d'entretien de la syphilis par les sels insolubles de bismuth (Die intermittierende Behandlung der Syphilis mit unlöslichen Wismutsalzen). von A. Galliot, Hôp. St.-Lazare. S. 88. Bei einem Kranken, der in 10 Einspritzungen 1 g metallisches Wismut erhalten hatte, wurden in regelmäßigen sechswöchentlichen Zwischenräumen acht Röntgenaufnahmen gemacht. Auf jedem dieser Bilder war, trotzdem sie sich über ein ganzes Jahr verteilten, ein dem Wismutdepot entsprechender Schatten unverändert nachweisbar. Angesichts der Tatsache, daß während der ganzen Beobachtungsdauer durchaus keine Resorption erfolgte, ventiliert Verf. die Frage, ob bei der üblichen Wismutbehandlung nicht zu viel Wismut gegeben wird, das der Körper ablagert, ohne es verwerten zu können.

Contribution à l'étude clinique du vaccin antigonococcique polymicrobien silicaté (Klinischer Beitrag zum Studium der hochwertigen Antigonokokkenvakzine mit Silikatzusatz), von M. Chaignon, Hôp. Saint-Louis. S. 92. Gute Erfolge beim chronischen Tripper und seinen Komplikationen. Die verwandte Vakzine enthielt Gonokokken, Staphylokokken, Pseudodiphtheriebazillen, Friedländer-Bazillen, Mikrokokken und Entero-

Digitized by Google

kokken. Es wurden jedesmal 10 Einspritzungen gemacht, beginnend mit einer Konzentration von 4 Milliarden Keimen, steigend bis 20 Milliarden. Schwerere Allgemeinreaktionen kamen nicht zur Beobachtung, so daß die Einspritzungen alle 24—48 Stunden wiederholt werden konnten. F. Landauer-Berlin.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1928, Bd. 69, H. 1

Untersuchungen über den Gleichgewichtszustand von Säuren und Basen und die Alkalireserve im Blut bei einigen Hautleiden (Ricerche sull' equilibrio acidobase e la riserva-d'alcali nel sangue in alcune dermopatie), von G. Bertaccini, Derm. Univ.-Kl. Perugia. S. 3. 32 Hautkranke; 6 gesunde Kontrollpersonen. Für die Bestimmung der Alkalireserve der Apparat und die Methode von van Slyke, für den Nachweis des p_H die kalorimetrische Methode von Michaelis. Eindeutige Schwankungen des p_H wurden nicht gefunden, dagegen bedeutende des Alkali. Fast stets Abnahme im Sinne geringer Azidose bei allen Formen und Stadien des Ekzems, weniger bei Psoriasis. Bei jugendlichen Personen werden geringere Werte gefunden als bei älteren. Mit steigender Glykämie und Glykosurie sinkt der Alkaliwert, die diätetische Behandlung wirkt in umgekehrtem Sinne. Besonders auffällig ist die auf Insulin einsetzende Alkalisteigerung, nachdem vorher eine Erniedrigung zu beobachten war. Ähnlich, aber weniger ausgeprägt sind die durch Kalzium, Natriumhyposulfit oder Milchinjektionen erzielten Resultate.

Weitere Untersuchungen über den Mechanismus der Wirkung des Kalziums bei Hautleiden (Ulteriori ricerche sul meccanismo di azione del calcio nelle dermatosi), von G. Sannicandro, Derm. Univ.-Kl. Bari. S. 18. In einer früheren Arbeit hatte Sannicandro den Satz aufgestellt, daß der günstige Einfluß der Kaliumsalze bei Hautleiden exsudativen Charakters vorwiegend auf ihre diuretische Wirkung zurückzuführen sei. Neuere Untersuchungen lassen ihn die Überzeugung gewinnen, daß derselbe zwar durch Entwässerung der Gewebe das Ekzem bekämpft, daß aber die Durchwässerung der Gewebe nicht immer an die Zurückhaltung von Natron gebunden ist. Die hauptsächliche Wirkung des Kalziums sei eine Abnahme der Zelldurchtränkung; diese führe zu einer Minderung der Durchgängigkeit der Gefäße und zu einer Beruhigung des Nervensystems.

Untersuchungen über den neuroendokrinen Zustand der kleinen Kinder, die zu Enthaarungszwecken mit Thalliumazetat behandelt sind (Ricerche sullo stato neuroendocrino dei bambini trattati con acetato di tallio a scopo epilatorio), von E. Balbi, Derm. Univ.-Kl. Padua. S. 28. Untersuchungen an 14 Kindern. Die pharmakodynamischen Untersuchungen (Pilokarpin, Atropin, Adrenalin) können nach Thalliumverabreichung im einzelnen Abweichungen zeigen, müssen das aber nicht tun. Es kommen auch kleinere Abweichungen von dem vorher festgestellten Bilde vor, die sich innerhalb physiologischer Grenzen halten. Die Loewische Reaktion und der Dermographismus blieben immer unbeeinflußt. Die Untersuchungen über den Zustand der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, der Brustdrüsen und der Geschlechtsdrüsen haben nie Veränderungen ergeben gegenüber den vorher gefundenen, manchmal schwer erklärbaren. Die Anwendung von Kalzium und opotherapeutischen Extrakten hat keine Abänderungen in der Zeit des Haarausfalles erkennen lassen. Daher sei bis heute die endokrinosympathische Entstehung der Thalliumalopezie noch nicht bewiesen.

Über die Thalliumalopezie (Sulla alopecia di tallio), von G. Truffi, Derm. Univ.-Kl. Padua. S. 60. Histologische Untersuchungen der Kopfhaut von Kindern nach Thalliumverabreichung; sie wurden wenige Stunden nach der Einverleibung, dann im Beginn des Haarausfalles und zur Zeit der Wiedererneuerung angestellt. Es ergab sich Störung der Matrix des Haares, der epithelialen Gebilde des Bulbus, der Wurzelscheiden und des Haarbalges. Das führt zum Haarausfall. Nach einem Monat entstehen durch Regenerationsprozesse Lanugohaare. Man braucht also für die Erklärung des Haarausfalles nicht auf Vermittlung des neurovegetativen Systems zurückzugreifen. Einige Follikel entarten bindegewebig. Abbildungen der mikroskopischen Bilder.

Beitrag zur Kenntnis der Erscheinungen der Erythrozyanose der Unterschenkel (Contributo alla conoscenza dei fenomeni di eritrocianosi degli arti inferiori), von L. Nardelli, Derm. Kl. Triest. S. 81. 26 Fälle von Erythrocyanosis crurum puellarum. Er stellt drei Typen auf: die Acrocyanosis simplex mit einfacher Gefäßerweiterung, die Acrocyanosis infiltrativa mit Ödembildung und die Adipositas localis cyanotica.

Digitized by Google

Dazwischen gibt es Übergänge. Nach seiner Meinung ist in vielen Fällen die Tuberkulose mit im Spiele, sei es unmittelbar durch Beeinflussung der Kapillaren oder mittelbar über das neurovegetative System oder die Lymphwege. In allen Fällen wurden aber Veränderungen des neuroendokrinen Systems gefunden; es scheint ihnen eine ätiologische Rolle zuzukommen. In Frage kommen Geschlechtsdrüsen, Schilddrüse und hinterer Lappen der Hypophyse.

Das Trypaflavin in der Behandlung des Trippers (La tripaflavina nella cura della blenorragia), von A. Mucci, Derm. Univ.-Kl. Rom. S. 106. Nichts Neues.

Die Untersuchungen von Dr. Lanteri über die Serodiagnose nach Sciarra bei Syphilis (Le ricerche del Dott. Lanterni su la sierodiagnosi Sciarra nella sifilide), von O. Sciarra-Neapel. S. 113. Zurückweisung der Kritik Lanteris im vorletzten Heft dieser Zeitschrift, ref. Derm. W., Bd. 86, Nr. 8, S. 274). A. v. Notthafft-München.

Russki Westnik Dermatologii

1928, Bd. 6, Nr. 4

Ekzem- und psoriasisartige Pilzerkrankungen der unbehaarten Haut, von M. Mgebrow. An der Hand einer größeren Reihe, teilweise durch photographische Abbildungen wiedergegebener Fälle von Ekzem- und psoriasisartigen Veränderungen der Haut gibt Verf. ein sehr instruktives Bild dieser atypischen, teils durch das Trichophyton violaceum, teils durch das Achorion Schönleini hervorgerufenen Hautveränderungen, bespricht ihre Differentialdiagnose und die Behandlung.

Materialien zum Studium des serologischen Rhinoskleromnachweises, von Gragerowa und O. Kalina. Der Bazillus Frisch wird nicht allgemein als Erreger des Rhinoskleroms angesehen, da seine Spezifität durch Überimpfung auf Tiere nicht festzustellen gelingt. Auch mißglückt es in weit vorgeschrittenen Fällen von Rhinosklerom, wo nur Narbengewebe vorhanden ist, die Natur desselben zu bestimmen. Dagegen gelingt es, durch die Komplementbindungsreaktion mit einer Kultur des Bazillus Frisch als Antigen einerseits sowohl die Diagnose Rhinosklerom zu stellen, als auch andererseits die Spezifität des Bazillus Frisch nachzuweisen.

Zur Behandlung der gewöhnlichen Warzen mit Einspritzungen 10%iger Salizylquecksilberemulsion, von D. Berger. Verf. erzielte in 6 Fällen durch 3—10 alle 3 Tage ausgeführte Injektionen einer 10%igen Sol. Hg. salicyl. zu 0,5 g vollständige Heilung alter Warzen.

Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi, von L. Sirota. 66jähr. Jude.

Zur Charakteristik der Epidermolysis bullosa, von P. Gorsky. Ein 9jähr. Knabe erkrankte während der Schilferungsperiode eines Scharlachs an Epidermolysis bullosa, welche durch Neosalvarsaninjektionen günstig beeinflußt wurde.

Ein Fall von frühzeitiger syphilitischer Affektion des Zentralnervensystems, von A. Wilentschuk. Ein 40jähr. starker Alkoholiker erkrankte während des letzten Krieges an Lues und 28 Tage nach Auftreten des harten Schankers an Verlust des Sehvermögens auf dem rechten Auge und an Unfähigkeit, zu gehen. Unter 20 Injektionen von 10%igem Hg. salicyl., 4 intravenösen Injektionen von Neosalvarsan zu 0,6 g und KJ gingen die Erscheinungen zurück.

Ein Fall von Krebs des Penis bei einem Syphilitiker, von Beloussow. Ein 29jähr. Schreiber erkrankte 6 Jahre nach Syphilisinfektion an einem Epithelioma penis am Ort des Primäraffektes.

Ein Fall von Epispadie und Gonorrhoe, von Furmanow. Schwerer Verlauf des Trippers bei einem 37jähr. Schmied mit Epispadie. A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia (Moskau)

1928, Nr. 4

Zwei Fälle von Dermatitis fixata nach intramuskulären Bijochinolinjektionen, von B. Silbermann und Smelow. In einem Falle Blasenbildung auf der geröteten und ödematösen Haut des Hodensackes und Penis.

Digitized by Google

Zur Frage der katalytischen Schwankungen im Blut von Kindern mit angeborener Syphilis, von E. Walter. Da die kongenitalsyphilitischen Kinder fast immer anämisch sind, ist die katalytische Funktion bei ihnen bedeutend niedriger als bei gesunden Kindern. Der katalytische Index schwankt zwischen 10 und 12 und nähert sich erst, wenn die Kinder mit mittelschwerer Syphilis einige Male behandelt worden sind, der Norm 15—19. Bei schwerer Syphilis gelang das durch zwei Kuren noch nicht.

Zwei außergewöhnliche Fälle von Favus corporis, von E. Damer. Ausbreitung des Favusprozesses über den ganzen Körper und die Extremitäten bei Freibleiben der Nägel.

Zur Frage der Favide und des postfaviden Leukoderms, von Melik-Beck-Sultanow. Beschreibung von zwei derartigen Fällen.

Zur pathologischen Anatomie des Favus und der Favide, von N. Kolesnikow. Beschreibung des histologischen Bildes zweier Fälle von Favus corporis nebst Favidenbildung.

Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Anetodermia erythematosa Jadassohn (Atrophia cutis maculosa idiopathica), von Benjamowitsch und Maschkilleison. Im Kollagen fanden sich viele basophile Inseln, bestehend aus kleinen Häufchen und Körnchen, die keine Elastinfärbung zeigen. Anwesenheit von Kollastin.

Zur Klinik und Pathogenese des ringförmigen Granuloms, von A. Selissky. Zwei Fälle von Granuloma annulare bei erwachsenen Frauen mit Tuberkulose in der Anamnese. Histologisch wurden Gefäßveränderungen (Proliferation des Endothels, der Intima wie des Perithels und Obliteration der Gefäße) verzeichnet.

Über Purpura annularis teleangiectodes Majocchi, von Gabelow. In dem beschriebenen Falle fehlte sowohl Tuberkulose wie Syphilis, so daß Verf. die Ursache der Purpura in einer durch ein chronisches Magen-Darmleiden hervorgerufenen Autointoxikation sucht.

Zur Frage der Prostatitis acuta blennorrhoica, von J. Sacks. Verf. schließt aus eigenen Beobachtungen, daß das Vorhandensein einer sekundären Infektion bei blennorrhoischen Suppurationen der Prostata augenscheinlich durch das Bestehen einer Eiterung an und für sich erklärt werden kann. Ein chirurgischer Eingriff soll nur im äußersten Falle vorgenommen werden. Bei konservativer Behandlung (Proteintherapie) dauert die Krankheit 27—28 Tage. Akute eitrige Prostatitis ruft keine Störungen der Geschlechtsfunktionen herbei.

Die Sachssche Methode der Behandlung des Trippers und seiner Komplikationen, von P. Orlow. Die intravenöse Injektion einer 20%igen Natr.-salicyl.-Lösung ist zwar ungefährlich, aber führt ohne Lokalbehandlung zu keiner Heilung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen. Bei Epididymitis und gleichzeitiger lokaler Behandlung kommt es ebenso wie bei Gonoarthritis zu Besserungen.

Über Samenzysten, von E. Sum-Schik. Samenzysten kommen viel häufiger vor als man glaubt und beruhen wohl hauptsächlich auf Retentionen, jedoch dürften auch andere Momente mitspielen. Ätiologisch kommen Altersskerose, Traumen, Entzündungen und Abnormitäten der Geschlechtssphäre in Frage. Therapeutisch ist ein chirurgischer Eingriff zu empfehlen.

Über die Arbeit der zentralserologischen Kommission NKS, von J. Finkelstein.

Die Serodiagnostik der Syphilis nach der Methode von Masslakowetz und nach der Methode der „Instruktion", von Jaskolko. Parallele Untersuchungen ergaben, daß die erstere Methode etwas empfindlicher ist.

Die WR nach der Methode der „Instruktion" wie nach der Masslakowetzschen Methode, von R. Liebermann. Beide Methoden sind praktisch gleichwertig.

Die Serodiagnostik der Syphilis nach der Methode Masslakowetz und Liebermann, von F. Pack. Verf. spricht sich zugunsten der Methode nach der „Instruktion" aus, da die Methode von Masslakowetz komplizierter ist.

Vier Fälle von Nachweis von Influenzabazillen in der Scheidenabsonderung bei Mädchen, von M. Timochina.

Zur Frage des Unterrichts über soziale Venerologie an der medizinischen Fakultät, von A. Platowsky.

Über venerische Krankheiten unter den Gefangenen, von A. Lewin. Die venerischen Krankheiten sind unter den Gefangenen verbreiteter als unter der übrigen Bevölkerung. Es muß sorgfältig nach diesen Krankheiten gefahndet werden; die Kranken müssen behandelt und später einem venerologischen Dispensaire zugeführt werden, um bei ihrer Entlassung keinen Anlaß zu Ansteckungen zu geben.

Digitized by Google

Venerische Erkrankungen unter den Gefangenen, von Arakelow und Petrosjantz. Die Verff. halten die sanitäre Aufklärung als eins der wirksamsten Mittel zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten unter den Gefangenen.

Die Syphilisbekämpfung im Bezirk Maressewo im Nishny-Nowgorodschen Gouvernement, von Elian. Verf. betont die Wichtigkeit der Einrichtung spezifischer venerologischer Abteilungen und Detachements im russischen Dorf zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten. A. Jordan-Moskau.

Japanese Journal of Dermatology and Urology

1927, Bd. 27, Nr. 9

Die chromolytische Studie der Hefe. II. Über freie Fette und Fettarten, von K. Watanabe, Derm.-urol. Kl. Nagasaki. S. 57. Blastomyzes, Debaryomyzes und Monilia produzieren Fett, aber erst 1—2 Monate nach der Züchtung auf Glukoseagar. Die 11 verschiedenen Färbemethoden, die zur Anwendung kamen, bewiesen übereinstimmend, daß alle drei Hefearten Stearin- und Palmitinsäure, Cholesterin und Lezithin enthalten. Das bei Monilia und Debaryomyzes außerdem noch vorhandene Neutralfett und die Ölsäure ließen sich bei den Blastomyzesarten nicht sicher nachweisen.

Impfversuche von verschiedenen Trichophytonarten an Kaninchenhoden, von I. Ehara, Univ.-Hautkl. Okayama. S. 60. Die vorgenommenen Impfversuche zeigten Unterschiede, je nachdem man die Impfungen mit Emulsionen von animalen oder von humanen Trychophytonpilzen vornahm. Bei Impfungen mit Trichophytie des Menschen lassen sich die Pilzfäden im Kaninchenhoden 2—4 Tage nach der Impfung noch nachweisen, sind aber am 6.—8. Tage verschwunden, während bei der Inokulation einer Emulsion tierischer Trichophytie sich die Myzelien noch am 12. Tage feststellen ließen. Diese Methode wäre vielleicht zu verwerten, wenn es sich darum handelt, menschliche oder tierische Trichophytiepilze zu differenzieren.

Zwei Fälle von klinisch interessanter Blasensyphilis, von Y. Yamada, Derm.-urol. Kl. Niigata. S. 60. In dem einen Fall zeigte die Sectio alta, daß der vermutete Blasenstein nicht vorhanden und die Beschwerden durch Blasensyphilis hervorgerufen waren. Sie wurden durch antiluetische Behandlung behoben. In dem zweiten Fall sprachen die Anamnese und die Symptome für eine Blasen- und Nierentuberkulose. Die Freilegung beider Nieren und Inspektion der Ureteren bestätigte diesen Verdacht nicht. Die jetzt auftauchende Vermutung, daß eine Syphilis die Ursache sein könne, wurde durch die positive WR bekräftigt. Die antiluetische Behandlung brachte volle Heilung.

Die antisyphilitische Wirkung von Glutinkupfer, von D. Iwasa, Städt. Lungenheilstätte Osaka. S. 62. Die Versuche des Verf. an Kaninchen und auch am Menschen beweisen, daß das Kupfer anscheinend ein aussichtsreiches Heilmittel gegen Syphilis sein dürfte. Er verwendete es in Form einer $1^0/_{00}$igen Glutinkupferlösung. Unerwünschte Nebenwirkungen wurden beim Menschen nicht beobachtet.

1927, Bd. 27, Nr. 10

Beitrag zur Kenntnis von Trichoepithelioma, von A. Fujiwara, Univ.-Hautkl. Okayama. S. 63. Eine 22jähr. Pat. bemerkt seit einem Jahre einen bohnengroßen Tumor am Philtrum, der ihr unter der Diagnose Atherom exstirpiert wurde. Die histologische Untersuchung ergab aber, daß es sich um eine Neubildung handelte, die Hornmassen und Haare in den verschiedenen Stadien der Verhornung enthielt. Der Tumor steht nicht mit der Epidermis in Verbindung. Talg- oder Schweißdrüsen waren nicht nachweisbar. Es handelt sich also wohl um eine Neubildung aus einer versprengten Keimanlage.

Gleichzeitige Nierentuberkulose und -Steine, von T. Irisawa, Derm.-urol. Kl. Niigata. S. 64. Einem bereits wegen Epididymitis tuberculosa duplex kastrierten Pat. wurde aus dem Kelch der rechten Niere ein dreieckiger, ziemlich großer Stein entfernt. Links fand sich ein sehr kleiner Stein im unteren Teil des Nierenparenchyms, in reichlich Eitermassen eingebettet. Diese Niere wurde exstirpiert. Es handelte sich um eine fingerhutgroße tuberkulöse Kaverne, in der der Stein lag. Innerhalb der Steinmassen ließen sich Tuberkelbazillen zahlreich nachweisen. Auf Grund des Befundes nimmt Verf. an, daß dieser Stein links sich sekundär durch Kalkablagerung innerhalb der Kaverne gebildet hat.

Digitized by Google

Klinisches Resultat der einfachen Serumreaktion bei Syphilis, von T. Takeichi-Miyazaki. S. 64. Vergleich seiner „einfachen Serumreaktion" (ohne nähere Angabe) mit der WR, SGR, MR und der Murataschen Reaktion.

Über das Gerinnen des Blutes bei Hautkrankheiten, Lues und sonstigen Erkrankungen, von Y. Maeda, Derm. Abt. Izumibaschi-Charité-Hosp. S. 65. Die Gerinnungszeiten von Gesunden, Diabetikern und Syphilitikern stimmen vollkommen überein (3 Min. 15 Sek.). Wesentlich verzögert sind die Zeiten bei Hämophilie (6 Min. 13 Sek.) und bei Morbus Raynaud (5 Min. 46 Sek.). Bei Erythema induratum Bazin wurde nur 2 Min. 55 Sek. gemessen.

1927, Bd. 27, Nr. 11

Über einen Fall von strangartiger Phlebitis obliterans, wahrscheinlich tuberkulöser Natur, von I. Ehara, Univ.-Hautkl. Okayama. S. 67. Verf. beschreibt eine dem Erythema induratum Bazin nahestehende, zuweilen mit ihm kombinierte, zuweilen selbständig vorkommende Erkrankung der Unterschenkelvenen. In dem besprochenen Fall zeigten sich bei einem tuberkulösen Pat. strangartige dunkelrote Indurationen an der Hinterseite der Unterschenkel von etwa Bleistiftdicke. Histologisch fand sich eine Vene, verstopft mit Granulationsgewebe, das reichlich Epitheloidzellen und einige Riesenzellen enthielt. Tuberkelbazillen waren nicht nachweisbar, der Tierversuch fiel negativ aus. Livedo racemosa sowie ein organisierter Thrombus kamen diagnostisch nicht in Frage. Im Nachtrag zu dieser Arbeit wird von K. Dohi berichtet, daß ihm in einem ganz gleichliegenden Fall der Bazillennachweis an der Gefäßwand der thrombosierten Vene gelungen ist.

Die chromolytische Studie der Hefe. III. Über die Hefenalbumose und Globuline, von K. Watanabe, Derm.-urol. Kl. Nagasaki. S. 68. Die drei Arten von Hefezellen (Blastomyzes, Debaryomyzes und Monilia), die Verf. untersucht, nehmen bei der Färbung mit Karbol-Methylglyzerin-Pyroninmischung Pyroninrot stark an, etwas abweichend von Unnas Befund bei der Färbung menschlicher Zellen. Diese pyroninophile Substanz der Hefezellen wird weiter untersucht, und es zeigt sich, daß es sich um Deuteroalbumosen handeln muß. Die färberische Abgrenzung zwischen Globulinen und Albumosen einerseits und zwischen Nukleinen und Nukleoproteiden andererseits ist bei der menschlichen Zellsubstanz möglich, bei den Hefezellen nicht. Die Unna-Pappenheim-Färbung produziert bei den Hefezellen einen violetten Farbton, entstanden aus dem Rot der Globuline und gemischt mit dem Grün der Nukleine. Daraus ist zu schließen, daß diese verschiedenen Eiweiße im Zelleib und im -Kern der Hefe vorhanden, aber diffus verteilt sind, ein Befund, der mit den ersten Untersuchungen sich deckt.

1927, Bd. 27, Nr. 12

Die entwicklungsgeschichtliche Beobachtung des Nierenläppchens und der -papille und über ihre gegenseitigen Beziehungen, von H. Yamamura. Anat. Inst. Tokio. S. 73. Embryologische Studie. A. de Lemos-Hamburg.

Dermatologia

Monatshefte für den Fortschritt und die Verbreitung der Lehre von den Hautkrankheiten. (Ungarisch.) Schriftleiter: Dr. Jakob Justus-Budapest. Erscheint monatlich. Redaktion: Budapest, IV. Ferencz József-rakpart 26. Preis: pro Nr. 2 Pengö

1928, Bd. 1, Nr. 1—2

Das Wirken des Venereologen in soziologischer Hinsicht, von L. A. Nékám-Budapest. S. 11. Die Ärzte in Ungarn sollen heute außer der gewissenhaften Krankenbehandlung nach drei Richtungen hin agitieren: Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, Hebung der Mentalität des Volkes, Mäßigung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Ausschweifungen.

Zur allgemeinen Auffassung der Hautkrankheiten, von L. Brocq-Paris. S. 17. Die in 24 Abschnitte eingeteilte Mitteilung befaßt sich mit den Grundideen des Verf. über die Auffassung der Hautkrankheiten.

Digitized by Google

Über präkanzeröse Zustände der Haut und der benachbarten Schleimhäute, von J. Justus-Budapest. S. 33. Nach langjährigen Erfahrungen an dem Krankenmaterial des Pester Israelitischen Krankenhauses spricht Verf. über den Zusammenhang zwischen Xeroderma pigmentosum, chronischer Röntgendermatitis, Keratoma senile, Arsenkeratose, Dystrophia cutis praesenilis, Kraurosis vulvae, Pagetscher Krankheit, Naevoepitheliom, Bowenscher Krankheit, Leukoplakie, Erythroplasie einerseits und der späteren Karzinombildung andererseits, ferner über die Bedeutung des Lupus vulgaris und erythematodes, alter Narben, Lichen corneus und luetischer Narben vom Standpunkt der Karzinomentwicklung. Zu den Charakteristika der präkanzerösen Hautveränderungen gehören die unregelmäßige Vermehrung des Pigments sowie des Epithels, die Hautatrophie, Erweiterungen oberflächlicher Gefäße und der chronische Verlauf des Leidens. Von diesen Erscheinungen sind zwei bis drei stets, die übrigen meist vorhanden.

K. v. Berde-Szeged.

Mitteilungen aus der Literatur

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Erzeugung von Immunität und Heilung schwerer Infektionen durch das Glüheisen und durch Arzneimittel, von A. Bier, Chir. Univ.-Kl. Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 8, S. 281—282.) Die Behandlung von Infektionskrankheiten durch Arzneimittel unterstützt die Behandlung mit dem Glüheisen, die allein bisweilen nicht ausreicht. So zeigten sich gute Erfolge bei der Wundrose bei Darreichung von täglich 3 Tabletten Sulfurjodat. D3 oder Sulfur colloo D3 (jede Tablette = $^1/_{10}$ mg Schwefel), die $^1/_2$ Stunde vor dem Essen genommen werden und die man im Munde unter der Zunge zergehen läßt. Daneben darf kein anderes Mittel innerlich oder äußerlich angewendet werden. Bei akuten septischen Allgemeininfektionen ist zuverlässige Dosierung und schnelle Wirkung erforderlich, deshalb wird hierbei der Schwefel intravenös gegeben, beginnend mit 1 ccm Sulfur colloo D6, dann, wenn keine Besserung, 1 ccm Sulfur colloo D3, danach gewöhnlich außerordentlich heftige Schüttelfröste und reichliche, langdauernde Schweißausbrüche. Wiederholung nach 2 Tagen. Schnelle Besserung nur bei frischer Sepsis, doch kommen auch hier Nachschübe vor, die erneute Einspritzungen erfordern. Daneben müssen der Operation zugängliche Infektionsherde gespalten, ausgeschabt, ausgebrannt werden. Außer dem Schwefel wurde auch Terpentinöl angewendet, und zwar besonders prophylaktisch in intramuskulären Einspritzungen von D3.

E. Levin-Berlin.

Sulfodermpuder (Heyden) in der Dermatologie, von W. Eitel-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 8, S. 304.) Der Vorteil des Sulfodermpuders gegenüber früheren unzulänglichen Schwefelpudern besteht darin, daß der Schwefel der Pudersubstanz nicht rein mechanisch beigemengt, sondern jedes einzelne Puderteilchen mit einem äußerst feinen ultramikroskopischen Überzug eines kolloidalen Schwefelpräparates versehen ist. Anwendung bei Seborrhoea oleosa des Gesichtes, des behaarten Kopfes, seborrhoischem Ekzem, vielleicht auch bei reiner, nicht durch impetiginöse Ekzeme komplizierter Skabies.

E. Levin-Berlin.

Über therapeutische Seifenbäder, besonders bei Verwendung der Kaliseifen, von K. Svehla und K. Svehla jun.-Prag. (M. Kl., 1928, Nr. 11, S. 413—414). Die Kaliseifenbäder in einer Konzentration von $^1/_2$ % und einer Temperatur von ungefähr 36° C werden bei den verschiedensten Haut- und exanthematischen Infektionskrankheiten sowie spezifischen Erkrankungen (Lues, Tuberkulose) empfohlen. E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit Örelin, von E. Jaffe, Polikl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. von M. Joseph-Berlin. (Fortschr. d. Ther., 1928, Nr. 3, S. 87.) Das Präparat wird als Einreibungsmittel bei rheumatischen Affektionen, bei Lumbago sowie bei Arthritis, auch gonorrhoischer Natur, zur Schmerzstillung empfohlen. B. Peiser-Berlin.

Die innerliche Behandlung von Erkrankungen der Haut mit Jodschwefel, von H. Schlüter-Berlin. (Fortschr. d. Ther., 1928, H. 8, S. 257.) Die Kombination von Schwefel mit Jod ist als fertiges Tablettenpräparat Sulfor jodat. immutabile bei Furunkulose und Akne besonders zu empfehlen. Verf. hat hiermit ausgezeichnete Erfahrungen gemacht. H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

Die modernen Schwefelpräparate, von L. Sidikmann-Prag. (Pharm. Zhl., 1928, Nr. 15, S. 229.) Die Behandlung der Haut mit Schwefel ist eine reine Schwefelionentherapie. Empfohlen werden die Präparate Sulf. praec. und Sulf. colloidale nach Zakarias-Prag. Diese bilden nämlich in wäßrigem Medium geruchlose Schwefelionen.
H. Lippert-Köln

Unspezifische Reizkörpertherapie in der Praxis, von P. Saxl. (W. kl. W., 1928, Nr. 15, S. 531.) Richtlinien für die Praxis.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Occupational Skin Diseases from Exposure to Rock Salt and Water (Gewerbliche Hauterkrankungen durch Steinsalz und Wasser), von F. Thurber-Hollywood. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 7, S. 540.) Da bei den Verkäufern von Eiscreme durch Verwendung von Steinsalz und Wasser Pyodermien auftraten, untersuchte Verf. 1926 und 1927 eine Reihe von derartigen Fällen, um festzustellen, ob sie unter das amerikanische Gewerbeschutzgesetz fielen. Er konnte der Häufigkeit nach drei verschiedene Typen unterscheiden: 1. infizierte Schrunden und Fissuren; 2. lokale Furunkel, die auf die Hände beschränkt blieben; 3. chronisch aufgesprungene Hände. Da das Steinsalz bei wiederholter Untersuchung stets steril befunden wurde, so ist auf das Steinsalz nur die chemische Irritation zurückzuführen und im übrigen Eitererreger, Schmutz, und in einigen Fällen persönliche Empfindlichkeit für die Affektion verantwortlich zu machen. Die Behandlung bestand in Betupfen der Hände mit Jodtinktur und häufigem Abspülen der Hände, um das Salz zu entfernen. Zur Vorbeugung empfahl sich, die Hände einzufetten. A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Professionelle Dermatitis bei Fischreinigerinnen, von Hedorow und Schermann. (Wratschebnoje Delo, 1928, Nr. 7.) Bei Arbeiterinnen in Fischkonservenfabriken wurde eine Dermatitis beobachtet, bestehend in einer erysipelatösen Verfärbung der Haut, Schwellung, Glättung der normalen Hautfalten und in einer eigentümlichen Glanzbildung der Haut der linken Handfläche mit Übergang auf die dorsale Partie der Phalangen. Die Haut fühlt sich sehr heiß an. Die Kranke empfindet Jucken und Brennen, welches sich besonders bei Berührung und in kaltem Wasser steigert. Hierzu kommen noch Risse an den Fingern, Paronychien, Blutungen unter den Nägeln.
A. Jordan-Moskau.

Professionelle Hautveränderungen bei Arbeitern auf Ziegeleien, von S. Bosse. (Arbeiten der II. Moskauer Universität, Moskau 1928, Bd. 1, Nr. 11, S. 498.) Unter 33 Arbeitern auf einer Ziegelei bei Moskau, speziell bei solchen, welche mit feuchtem Lehm zu tun hatten, wurden bei acht Erscheinungen eines subakuten Ekzems an den Händen beobachtet. A. Jordan-Moskau.

Akne bei Beschäftigung mit „Blak" (Steinkohlenteer), von Heifitz. (Wratschebnoje Delo, 1928, Nr. 6.) Bei drei Arbeitern mit „Blak", einem Gemisch von Steinkohlenteer und Petroleum, sah Verf. eine aus folgenden Symptomen bestehende professionelle Dermatose: die Haut der Hände, Füße, der Brust und des Gesichts ist von brauner Farbe und bedeckt mit ziegelroten Papeln von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße. Bei Druck auf die Knötchen entleert sich ein Pfropf von Fett und Eiter. Das Bild erinnert an eine Acne vulg. indurata, welche unter Narbenbildung verschwindet. Behandlung mit folgendem Gemisch: Rp. Zinc. sulf. 1,8, Sulf. praecip., Calc. sulf. āā 3,75, Aq. dest. ad 120,0, M. D. ad vitr. nigr. S. umschütteln. Es trat nach einigen Tagen Besserung ein, aber Genesung erst bei Anwendung prophylaktischer Schutzmaßregeln.
A. Jordan-Moskau.

Gewerbliche Thalliumvergiftung, von Teleky-Düsseldorf. (W. m. W., 1928, Nr. 15, S. 506.) Die Erkrankungen sind auf den bei der Arbeit eingeatmeten, mit Thallium durchsetzten Staub zurückzuführen, so daß es in allen Fällen zu einer chronischen Intoxikation gekommen ist. Besonders bemerkenswert ist neben den üblichen Erscheinungen, wie Alopezie, Änderung des Blutbildes, die starke Beteiligung der Augen, die sogar zu einer Optikusatrophie geführt hat. Von insgesamt 14 Arbeitern sind nur drei von Vergiftungserscheinungen verschont geblieben, so daß Schutzmaßnahmen in den mit der Herstellung von Thallium beschäftigten Industrien unbedingt erforderlich sind. Hierzu gehören erstens Abzugsmaßnahmen für den mit Thallium durchsetzten Staub, dann aber vor allem regelmäßige fachärztliche Kontrolluntersuchungen der Belegschaft. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Bronzediabetes und Blei, von M. Rosenberg, Krkhs. Berlin-Westend. (Kl. W., 1928, Nr. 11, S. 505.) Bei einem seit 16 Jahren intensiv der Bleischädigung ausgesetzten Manne treten gleichzeitig mit anderen Zeichen einer Bleivergiftung (Koliken) graubraune Hautpigmentierung, Veränderung des Haarkleides, Leberzirrhose, Milzvergrößerung und insulärer Diabetes als Zeichen eines typischen Bronzediabetes auf. Verf. nimmt als Ursache der Symptome an, daß es sich um eine durch das Blei bedingte Schädigung des erythropoetischen Apparates handele, bei gleichzeitiger konstitutioneller Unterwertigkeit derjenigen Zellsysteme, denen die Verarbeitung und Verwertung des aus dem Hämoglobin stammenden Eisens obliegt. Es müßte stets bei Fällen von Hämochromatose und Bronzediabetes an eine etwaige Bleischädigung gedacht werden. E. Langer-Berlin.

Über Fluß- und Chromsäuregeschwüre, von A. v. Tempsky, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Bruns' Beitr., 1928, Bd. 142, H. 4, S. 878.) Beschreibung von 2 Fällen. Bei dem einen handelt es sich um einen 22jähr. Glasmaler mit ausgedehnten Fluorverätzungen an den Händen, die, an den Nägeln beginnend, zu scharf umgrenzten, schmierig belegten Ulzera führten, die sich durch ihre Schmerzlosigkeit auszeichneten. Der Prozeß ging teilweise bis auf den Knochen und war daher nur auf chirurgischem Wege anzugehen. Im anderen Falle handelte es sich um eine Chromsäureverätzung bei einem 28jähr. Graphiker. Es fanden sich ebenfalls kreisrunde, wie ausgestanzte Geschwüre auf dem Handrücken, die teilweise bereits spontan abgeheilt waren. Auch hier mußte das restierende Geschwür wegen seiner Resistenz exzidiert werden. B. Peiser-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Neuere Erkenntnisse über die spezifische Wirkungsweise der Wärme-, Licht- und Röntgenstrahlen, von O. Klemperer-Kiel. (Ther. d. Gegenw., 1928, H. 5, S. 193.) Übersichtsreferat.

Die Allgemeinwirkungen des Lichtes, von W. Hausmann-Wien. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 81.) Die Rachitis war in Japan unbekannt, solange die altjapanische Bauart geübt wurde. Erst mit der europäischen Bauart und mit ihrer Fensterverglasung hielt die Rachitis ihren Einzug. Dauernder Lichtabschluß kann wohl durch ein Lebensalter bei Menschen und Tieren quoad vitam ertragen werden; erstreckt sich der Lichtentzug aber auf viele Generationen, so treten zum Teil Degenerationserscheinungen ein (Maulwurf, Grottenolm). Bei der Lichtgewöhnung der Haut handelt es sich nicht nur um den Pigmentschutz, sondern um eine durch Bestrahlung hervorgerufene zelluläre Immunität. Die Symptome der akuten und chronischen Sensibilisation gegen Hämatoporphyrin kommen auch zustande, wenn nur langwellige Strahlenbezirke bei völliger Ausschließung des Ultravioletts einwirken. Bei dem Veielschen Falle konnte fensterglasgefiltertes Licht das Lichtekzem hervorrufen. Für die Hydroaeruption kommt andererseits nur der Strahlenbezirk zwischen 396 und 325 $\mu\mu$ in Frage. Es scheinen die verschiedenen Strahlenbezirke sich unter Umständen im entgegengesetzten Sinne zu beeinflussen. W. Curth-Berlin.

Untersuchungen über den Ablauf des Lichterythems, von L. Schall, Kinderabt. d. Landeskrkhs. Homburg-Saar. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 164.) Bei Untersuchungen an etwa 300 Versuchspersonen stellte sich heraus, daß anscheinend nicht zwei Individuen einen qualitativ oder quantitativ identischen Ablauf der Röntgenkurve aufwiesen. Stärkere Rötungsgrade zeigen erst bei 24—48 Stunden ihr Maximum an Intensität, während das Maximum bei geringerer Rötung sich um die 7. Stunde einstellt. Die Latenzzeit bis zum Sichtbarwerden des Erythems betrug im Durchschnitt 2 Stunden. Weiße, rosige und feuchte Haut zeigt höhere Rötungswerte und kürzere Latenz als pigmentierte und trockene Haut. Der Schwellenwert war in 60% der Fälle unter 25% der HSE und 2,3% bei 100% der HSE und darüber. W. Curth-Berlin.

Radiosensitiveness of Malignant Tissue and its Biological Significance (Strahlenempfindlichkeit des Geschwulstgewebes und ihre biologische Bedeutung), von M. J. Sittenfield-New York. (Am. J. of Roentg., 1928, Bd. 19, Nr. 2, S. 150.) In dem zusammenfassenden Referat werden die Faktoren besprochen, die für die Strahlenreaktion der Zelle maßgebend sind. Neben der Besprechung des Einflusses der Art der Strahlenapplikation und der auf die Sensibilität der Zelle wirkenden Faktoren, die nichts grundsätzlich Neues enthalten, werden eigene Versuche erwähnt, wonach die zweifache Dosis, die ausreicht, um einen 12 Tage alten Hühnerembryo im Ei zu töten, die Wachstumsfähigkeit des aus dem getöteten Embryo explantierten Herzgewebes verhindert, eine Wirkung, die allerdings erst in der dritten Generation nach 72—96 Std. manifest wird. H. Holthusen-Hamburg.

Digitized by Google

Über Beeinflussung von Erythem- und Pigmentbildung in der Lichttherapie, von R. Stahl und G. Simsch, Med. Univ.-Kl. Rostock. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 176.) Bei Bestrahlungsversuchen ergab sich, daß während der Bestrahlung bestehende hellrote arterielle oder zyanotische venöse Hyperämie Erythem und Pigment verstärkt, daß ferner Anämie das Erythem abschwächt und daß Kälte (z. B. Wind) elektiv die Pigmentbildung verstärkt. Die Sensibilisierung durch Hyperämie kommt dadurch zustande, daß die stark durchblutete und aufgelockerte Haut rein physikalisch eine Absorption der Strahlen schon in oberflächlicheren Schichten und damit eine stärkere Wirkung bedingt. Ephedrin bzw. Ephetonin mehrere Tage lang $1^1/_2$—2 Tabletten tägl. gegeben (Sympathikusreiz!) und dann Bestrahlung bewirkten eine leichte Verstärkung des Erythems und eine ganz erhebliche des Pigmentes. Die Pigmentverstärkung durch Kälte kommt also durch Reizwirkung über den Sympathikus zustande. Entfetten mit Äther bewirkt eine Verstärkung, Einfetten dagegen eine Abschwächung von Erythem und Pigment. W. Curth-Berlin.

Zur Kenntnis der Porphyrie, von H. Königsdörffer-München, Organ.-chem. Lab. d. Techn. Hochschule München u. Path. Inst. d. Univ. München. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 132.) Bei Untersuchung eines zur Sektion gekommenen Falles von kongenitaler Porphyrie mit dem Fluoreszenzmikroskop fanden sich in der Haut feinste Porphyringranula in Koriumzellen unterhalb der Basalschicht. Physiologisch findet sich Porphyrin nur im Talgdrüsenextrakt der Nase und Nasolabialfalte. W. Curth-Berlin.

Photosensitization of Animals Following Ingestion of Buckwheat (Sensibilisierung von Tieren durch Buchweizenfütterung), von C. F. Schlotthauer, H. D. Caylor und Ch. Sheard. (Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 1928, Bd. 3, Nr. 8, S. 54.) Die Verfütterung von Buchweizen erzeugt bei einigen Tieren eine erhöhte Lichtempfindlichkeit. Am empfindlichsten werden Meerschweinchen beeinflußt; es folgen weiße Schweine und weiße Ziegen. Kaninchen, Hunde und Ratten bleiben unbeeinflußt. Caylor bespricht die chemischen Sensibilatoren und die histologischen Befunde. Spektroskopische Untersuchungen von Sheard zeigen, daß in diesen Fällen von Sensibilisierung Wellenlängen von mehr als 580 μμ in Frage kommen. Er weist ferner darauf hin, daß bei gewissen Lichtkrankheiten nicht das Hämatoporphyrin allein der Sensibilisator sein könne. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über die Lichtsensibilisation im Ultraviolett, von H. C. A. Lassen, Finsen-Inst. Kopenhagen. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 757.) Hämatoporphyrinlösung 1/10000 kann Paramäzien den innersten (366—313 μμ) und äußersten (253—227—220 μμ) ultravioletten Strahlengebieten gegenüber sensibilisieren. Im ultravioletten Spektrum der Hg-Quarzlampe finden sich zwei relative biologische Wirkungsmaxima gegenüber Paramäzien: bei 280 bzw. 227—220 μμ. Die Gebiete, wo das Hämatoporphyrin seine sensibilisierende Wirkung erwies, entsprachen den Gebieten, wo das Hämatoporphyrin seine wesentlichste ultraviolette Absorption hat. E. Kottmaier-Mainz.

Mensch, Strahlung und Klima, von O. Kestner, Phys. Univ.-Inst. Hamburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 52.) Kinder in Hamburg haben im Sommer merklich mehr Hämoglobin als im Winter. Auf den Lofoten stiegen die Hämoglobinwerte im Sommer erst mit dem Eintritt schönen Wetters. Ultraviolettstrahlen und Wärme heben sich gegenseitig auf; daher ist das Tropenklima trotz seines Reichtums an ultravioletten Strahlen als Reizklima nicht verwendbar. Im hohen Norden ist die Ultraviolettstrahlung besonders stark, gleichzeitig ist es kühl, und darauf beruht der schnelle Pflanzenwuchs in dem kurzen nordischen Sommer. W. Curth-Berlin.

Steigerung der Erythemwirkung des Ultraviolettlichtes durch Schmierseife, von H. v. Baeyer u. O. Dittmar, Orthop. Univ.-Kl. Heidelberg. (M. m. W., 1928, Nr. 10, S. 428.) Die Versuche des Verf. haben ergeben, daß durch verdünnte Schmierseife die erythemerzeugende Wirkung der künstlichen Höhensonne und der natürlichen Sonne und außerdem ein wenn auch geringes Übergreifen auf nichtbestrahlte Partien hervorgerufen werden kann. Für die Praxis empfiehlt sich Kombination der beiden mit für die Behandlung der Tuberkulose anerkannten Mitteln. M. Cohn-Dresden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 30 (Bd. 87) 28. Juli 1928

Aus der dermatolog. Abteilung des R. Virchow-Krankenhauses in Berlin
(Dir. Arzt: Prof. A. Buschke)

Dermatitis verrucosa (Chromoblastomykose)

Von

Prof. A. Buschke und Dr. A. Joseph

Mit 4 Abbildungen im Text

Wir hatten unlängst Gelegenheit, Material von einem in Kuba beobachteten Krankheitsfall zu untersuchen, das uns von Herrn Prof. W. H. Hoffmann vom Finlay-Institut in Habana zur Diagnose übersandt worden war. Die mikroskopische Prüfung ergab, daß es sich um Dermatitis verrucosa handelte, eine Hauterkrankung, die unseres Wissens bisher noch nicht in diesem Lande festgestellt worden ist. Fast gleichzeitig erhielten wir durch einen russischen Kollegen die Mitteilung, daß ein Fall dieser Art in Südrußland zur Beobachtung gelangt sei. Da es nach diesen Angaben nicht ausgeschlossen erscheint, daß die betreffende Affektion auch in anderen Breiten als bisher bekannt vorkommen kann, halten wir es für angezeigt, durch eine kurze Darstellung die Aufmerksamkeit auf dieses Krankheitsbild zu lenken, das auch in dermatologischen Kreisen sehr wenig bekannt sein dürfte.

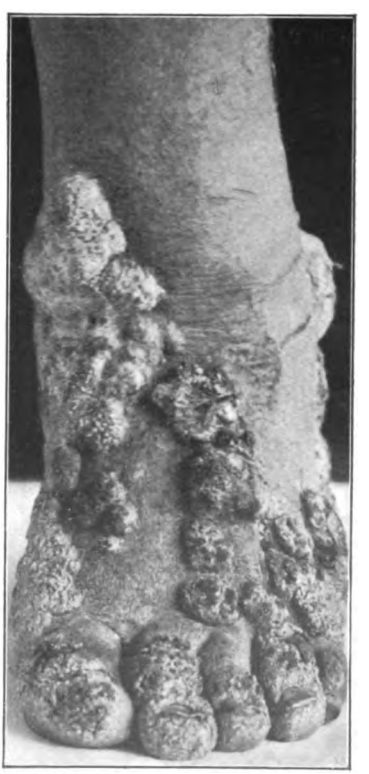


Abb. 1. Dermatitis verrucosa (Material da Fonseca)

Die Dermatitis verrucosa gehört nach der geltenden Auffassung zur Gruppe der Chromoblastomykose[1]). Sie wurde zuerst von Pedroso und Gonres (1911) in Brasilien beobachtet und seit ihrer Beschreibung durch Lane und Medlar in Nordamerika (1915) mehrfach sowohl in Mittelbrasilien (Terra), in Französisch-Guayana (Fougère) wie auch in Rhodesien angetroffen; allerdings sind nach Rocha da Lima kaum mehr als 30 Fälle genauer untersucht.

[1]) Sproßpilzerkrankungen im weiteren Sinne.

Digitized by Google

Die Erkrankung befällt fast ausschließlich barfußlaufende Eingeborene, besonders Feldarbeiter. Eingangspforte für den vermutlich saprophytisch in der Natur lebenden Erreger scheinen oberflächliche Verletzungen zu bilden, wobei die Übertragung durch Pflanzenstacheln bzw. verunreinigte Geräte vor sich geht (wie dies beim überwiegenden Teil der Sproßpilzerkrankungen wohl der Fall ist). Das sehr chronisch verlaufende Leiden beginnt mit kleinen weißlichen derben Knötchen, die sich zu Gruppen vereinigen und durch subepidermoidale Infiltrate miteinander in Verbindung treten. Bei weiterer Entwicklung kommt es zum Entstehen blumenkohlähnlicher Wucherungen verschiedener Ausdehnung mit fester verhornter Oberfläche und weicherem Kern, gelegentlich mit Übergang in Geschwürsbildung. Außer den Beinen können auch Hände und Arme befallen werden, dagegen ist trotz jahrelangen Bestehens niemals Übergreifen auf die Schleimhaut oder Beteiligung innerer Organe beobachtet worden.

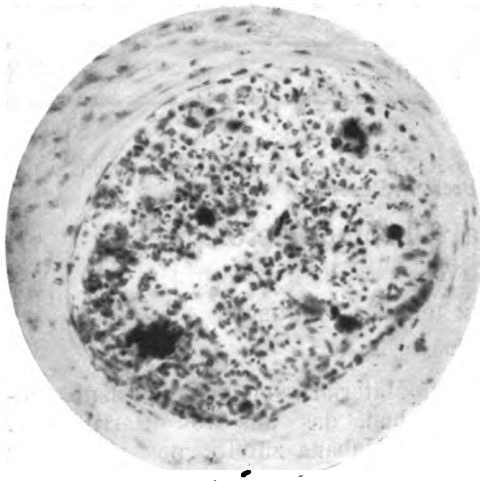


Abb. 2. Schnittpräparat (Fall Hoffmann). Zellnest mit Erregern. (Schwache Vergrößerung)

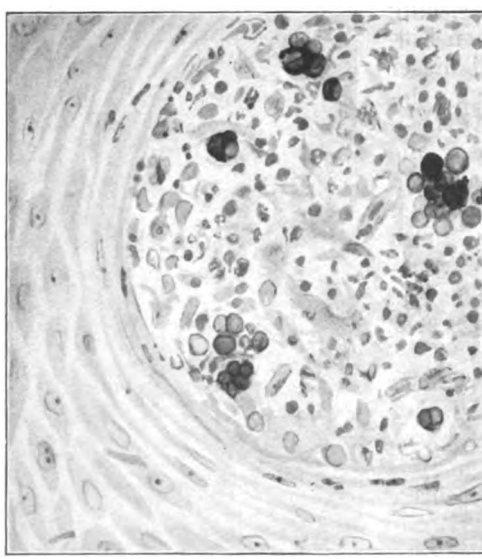


Abb. 3. Dasselbe (Randpartie). Häufchen von Parasiten. (Leitz, $^1/_{12}$ Öl-Imm., Ok. 2)

Der histologische Befund entspricht dem klinischen Bilde. An dem von uns untersuchten bioptischen Material des kubanischen Falles konnten wir die von Rocha da Lima (1923) gegebene Darstellung bestätigt finden. Die senkrecht zur Oberfläche geführten Schnitte — Färbung nach Gram-Weigert — zeigen, wie aus der Abbildung hervorgeht, Verbreiterung und starke zellige Infiltration der Kutis, die nach Art einer Gebirgskette zackig in die Höhe geht und in ihrem epidermoidalem Überzug außer Verbreiterung und geradem Verlauf der Basalschicht gesteigerte Verhornung erkennen läßt. Den charakteristischen Befund, der

Digitized by Google

die Diagnose sichert, stellt die Anwesenheit scharf abgegrenzter Nester von Epitheloidzellen dar, in deren Mitte frei neben Eiterkörperchen oder in Riesenzellen eingeschlossen braune rundliche, manchmal auch eckige, doppelt konturierte hefeähnliche Gebilde liegen. Weiterhin finden sich die Parasiten in Riesenzellen eingeschlossen, meist von lymphozytären Zellen umgeben, in der vorwiegend von Plasmazellen und neugebildeten Kapillaren durchsetzten Kutis.

Bei Züchtung auf den gebräuchlichen Nährböden entstehen bläulichgraue bis schwärzliche schimmelpilzähnliche Kolonien, in denen der Erreger Sklerotien und Sproßformen aufweist. Erstere sind anfangs einzellig, 8—15 μ groß, mit bräunlich-schwärzlich gefärbten Wänden, später teilen sie sich und bilden Konidien von 2—6 μ Größe, die in Form falscher Sporangien zu 4—20 Elementen zusammenliegen. Von Thaxter wurde der Pilz als zur Gattung Dematiaceae gehörig bestimmt, Unterfamilie Chalareae.

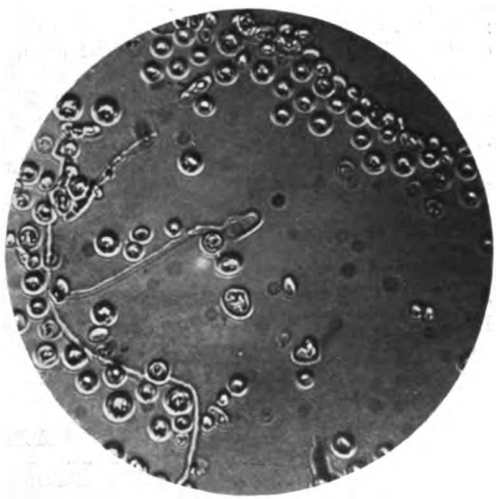


Abb. 4. Präparat aus Kultur von Phialophora verrucosa (Material da Fonseca). 680mal vergrößert

In dieselbe Gruppe gehört ein Erreger, der von Terra, Torres, Fonseca und Leão bei einer klinisch ähnlichen Erkrankung aufgefunden wurde: Acrotheca pedrosiana. Histologisch zeigen die Veränderungen kleine Abszesse, die neutrophile und eosinophile Leukozyten enthalten, daneben Riesenzellen, welche drei und mehr Parasiten von rundlicher Form mit dicker, gelblichgrauer Wand einschließen. Oft findet sich in den Präparaten ein spärlich entwickeltes Myzel von meist kastanienbrauner Farbe, das mit den sprossenden Zellen in Verbindung steht. In der Kultur bildet der Pilz schwärzliche Kolonien mit grauweißlichem Flaum von Lufthyphen; mikroskopisch ist er gekennzeichnet durch zusammenhängende elliptische Sporen, die um den Gipfel des Konidienträgers eine Art Haube bilden. Bei beiden Erkrankungsarten ist Jodkali therapeutisch von Nutzen.

Digitized by Google

Zu Lilienstein: Über ein eigenartiges Veramonexanthem[1])

Von

Dr. W. Haas in Hamburg

Dem Fall von Lilienstein möchte ich einen ähnlichen hinzufügen. Ein Herr von 47 Jahren nahm nach einer Augenoperation in der Nacht Veramon zur Schmerzstillung; wieviel er genommen hatte, konnte er nicht angeben; es waren aber mindestens 6 Tabletten zu 0,4. Im Laufe des nächsten Tages Jucken und Brennen am Glied und am Hodensack, das sich steigerte trotz Einfetten mit Borsalbe usw. Ich sah den Fall 2 Tage später und fand an Glans penis und Schaft, etwa die Hälfte des Penis einnehmend, eine stark entzündliche, ödematös infiltrierte Veränderung der Haut mit wallartiger Abgrenzung gegen das Gesunde. Einen gleichen Plaque fand ich an der Hodenhaut von etwa 5-Markstückgröße. Unter indifferenter Behandlung stieß sich die Oberhaut unter starkem Geruch an den betroffenen Stellen im Laufe von 10 Tagen ab. Die Wunde heilte dann in wenigen Tagen zu. Der Patient gab nachträglich noch an, daß er vor einem halben Jahr nach 2 Veramontabletten auch ein 8 Tage dauerndes Brennen und Jucken an denselben Stellen wie oben hatte (so wie im Fall Lilienstein), aber keine Erklärung dafür finden konnte.

Interessant ist, daß die Lokalisation in meinem Fall die gleiche ist, wie im Falle Lilienstein. Mein Patient verträgt Pyramidon und Veronal, jedes für sich allein gut. Daher kann man in diesem Falle die Veronalkomponente des Veramons nicht verantwortlich machen. Es muß also doch die neue chemische Verbindung sein, welche, durch die Vereinigung der beiden Mittel entstehend, diese starke Überempfindlichkeit auslöst. Daß in beiden Fällen dasselbe Gebiet befallen wurde, darf kaum als Zufall betrachtet werden.

Der Calorilux in der Dermatologie, Venerologie und Urologie[2])

Von

San.-Rat Dr. Strauss in Barmen

Neben den komplizierten und teueren Bestrahlungsmethoden mit vorwiegend ultraviolettem Licht scheint mir in der Heilkunde, besonders in der Dermatologie, Venerologie und Urologie, der Wert der thermischen sichtbaren Strahlen nicht genügend gewürdigt zu werden. Im Gegensatz zu den ultravioletten bieten sie mit kleineren, billigen Apparaten die Möglichkeit langwieriger Bestrahlung ohne schädliche Nebenwirkungen. Aber auch, kombiniert mit Röntgen- und Ultraviolettbehandlung, sind sie von hohem Wert, weil sie die therapeutischen, durch die chemischen Strahlen erzielten Resultate noch günstiger gestalten. Sowohl in der Sprechstunde als auch für oft zu wiederholende Dauerbestrahlungen — und erst diese versprechen gute Erfolge — in der Wohnung bettlägeriger und auch nicht bettlägeriger Kranken hat sich mir der in der Deutschen medizinischen Wochenschrift, 1924, Nr. 47, veröffentlichte Bestrahlungsapparat Calorilux sehr bewährt. Er gibt zunächst, wie ähnliche Apparate, ein gemischtes, im wesentlichen aus thermischen Strahlen von der Wellenlänge etwa 700 bis 312 μμ bestehendes Licht, zeichnet sich aber vor allen anderen dadurch aus — und darauf beruht sein Patent —, daß der Reflektor in einen als schlechter Wärmeleiter dienenden quadratischen Holzkasten eingebaut und auf Gleitschienen begrenzt ver-

---

[1]) Diese Wochenschrift, Nr. 19.

[2]) Nach einem in der gemeinschaftlichen Sitzung der holländischen und rheinisch-westfälischen Dermatologenvereinigungen am 3. Juni 1928 in Amsterdam gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

schiebbar ist, so daß man das Licht sowohl parallel als auch divergent austreten lassen kann. In der Dermatologie, Venerologie und Urologie ist der Apparat überall da indiziert, wo es gilt, durch arterielle Hyperämie die gestörten Lebensvorgänge der Gewebe mit arteriellem Blute aufzubessern. Hier kommen namentlich die chronischen Dermatosen in Betracht, insbesondere unter Benutzung einer blauen Birne bei juckenden Prozessen, weil das blaue Licht auch einen günstigen Einfluß auf den Juckreiz ausübt. Auch der Pruritus, namentlich in der Genital- und Analgegend, ist eine dankbare Indikation. Die die Ernährung der Haut aufbessernde Wirkung des gemischten Lichtes hat sich mir namentlich bei der Akne bewährt sowie bei allen Pyodermien der Haut, bei denen das ultraviolette Licht wegen seiner Reizwirkung kontraindiziert ist, und bei allen ulzerösen Prozessen, insbesondere bei den Ulcera cruris. Da der Apparat auf jeder Unterlage wegen seiner quadratischen Form feststeht, mit der Hand also nicht gehalten zu werden braucht, und da er vermöge seiner Umkleidung mit einem schlechten Wärmeleiter auch im Bette, unter der Bettdecke, benutzt werden kann, ermöglicht er tägliche längere Bestrahlungen. Denn die biologische Wirkung des Lichtes steigt mit der Bestrahlungszeit, die nur mit solchen Apparaten beliebig erhöht werden kann, bei denen durch Ausschaltung der äußersten ultravioletten Strahlen jede Reizwirkung auf die Haut entfällt. Noch mehr als für die Dermatologie kann ich den Apparat für die Venerologie und Urologie empfehlen. Ausgezeichnete Erfolge erzielte ich auf Grund meiner langjährigen Erfahrungen bei den gonorrhoischen Komplikationen, wie Epididymitis, Orchitis und Prostatitis, Arthritis, bei der Zystitis, Urethrozystitis und Pyelonephritis, und auch bei den gonorrhoischen Komplikationen der weiblichen Gonorrhoe, auch hier wieder mit dem Ziel, den Kranken selbst bei schwereren Fällen den Apparat zu längeren häuslichen Bestrahlungen in die Hand zu geben. Hervorzuheben ist auch seine schmerzstillende Wirkung. Daß man bei allen diesen Erkrankungen je nach Lage der Fälle die vortreffliche Wirkung der ultravioletten Strahlen durch die Kombination mit leuchtenden Wärmestrahlen verbessern kann, entspricht auch den Erfahrungen der Wiener und Kopenhagener Schule sowie den Mitteilungen von Autoren, wie Hagemann, Bier, Heusner, Kisch, E. Oppenheim, Haxthausen, Wichmann.

Will man die an die sichtbaren roten Strahlen im Spektrum sich anschließenden unsichtbaren langwelligen und besonders tief in die Gewebe dringenden ultraroten mit dem Apparat zur Wirkung bringen, so kann man in die Fassung den Strahlkörper des Hala-Langwellstrahlers einschrauben.

Sodann erlaubt der Apparat auch die Verwendung von Birnen, welche aus die chemischen Strahlen durchlassendem Glase hergestellt sind und daher auch diese Strahlen stärker ausnutzen lassen. Hierdurch wird er in erhöhtem Maße für den Dermatologen brauchbar. Mit diesen Lampen können Strahlen zwischen 320 und 265 ausgesendet werden, also etwa die Sonnenwerte in unseren Breiten. Sie erzeugen wie die Quarzlampen ein Erythem und eine Pigmentierung. Ihre Kerzenstärke beträgt bei 300 Watt etwa 450, bei 500 Watt etwa 775, also etwa die halbe Kerzenstärke der Höhensonne oder der Solluxlampe. Als milde Ultraviolettstrahler, frei von dem kurzwelligsten, auch im Sonnenspektrum nicht mehr enthaltenen Licht, können sie auch bei längeren Bestrahlungen keine Schädigungen verursachen, mit dem weiteren Vorteil, daß sie neben dem ultravioletten Licht zugleich auch die thermischen Strahlen aussenden. Der Calorilux gestattet also in einem Apparat die Ausnutzung der leuchtenden Wärmestrahlen für sich allein und ebenso des gemischten Lichtes, wie es in der Sonne enthalten ist.

Noch eins ist zu betonen: Bei den meisten Lichtheilapparaten wird die oft übertriebene luxuriöse äußere Ausstattung viel zu teuer bezahlt. Ihre Handlichkeit wird dadurch nicht erhöht. Der Calorilux[1]) verbindet mit seiner Einfachheit und Handlichkeit sowohl für den Sprechstunden- und klinischen, als auch für den häuslichen Gebrauch, bei allen oben geschilderten anderen Vorzügen, einen sehr billigen Preis. Er kostet z. B. etwa 4mal weniger als die kleine Solluxlampe und etwa 7mal weniger als die einfachste Stativhöhensonne oder Kromayerlampe, also etwa 11mal weniger als zwei derartige Apparate zusammen, die der Arzt sich anschaffen muß, wenn er thermische und chemische Strahlen verwenden will.

[1]) Fabrikant: Alfred Orthmann in Barmen, Blankstraße. Der Apparat kann an jede Lichtleitung angeschlossen werden. Nur die Spannung ist anzugeben.

Digitized by Google

Aus der II. medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg (Oberarzt: Dr. C. Römer)

Beitrag zur Frage der syphilitischen Fingergelenkerkrankungen

Von

Dr. Margot Framhein in Hamburg

Mit 4 Abbildungen im Text

Einleitung

Im Jahre 1926 erschien eine ausführliche Monographie über die Arthrolues tardiva und ihre Therapie von Hermann Schlesinger in Wien. Schlesinger gibt in der Einleitung einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung dieses vielumstrittenen Krankheitsbildes. Die bisherigen neueren Veröffentlichungen beziehen sich fast alle auf die Erkrankung der großen Gelenke; über die Erkrankung der kleinen Gelenke, wie z. B. der Fingergelenke, finden wir weniges erwähnt. Dagegen liefern in der Literatur um 1870—1890 zahlreiche Arbeiten kasuistische Beiträge zur Frage der syphilitischen Fingererkrankungen und deren Lokalisation in den Fingergelenken. Zur weiteren Kenntnis dieser Form der syphilitischen Gelenkerkrankungen dürfte es deshalb von Interesse sein, 5 Fälle zu besprechen, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten.

I. Eigene Fälle

Fall 1. Frau St., 55 Jahre. Anamnese: Eltern gesund. Selbst früher nie krank. Mann Potator, vor der Ehe Syphilis. 4 Kinder, 1 hochgradig nervös, 1 geistig abnorm. 1922 Krankheitsbeginn mit Schmerzen in den Fingergelenken, vor allem in den Endgelenken beider Zeigefinger und an den zweiten Gelenken der 3. und 4. Finger, später Schmerzen auch in den Handgelenken. Stetige Zunahme der Schmerzen. Schwellung durch Entstehung ziemlich starker Ergüsse, bis schließlich der Faustschluß unmöglich war. Beeinträchtigung der Beweglichkeit in den Handgelenken. Zur selben Zeit Schmerzen in der Wirbelsäule und zunehmende Verkrümmung des Rückens. 1923 Behinderung beim Öffnen des Mundes; anfangs geringe, später starke Schmerzen in den Kiefergelenken. Keine nächtliche Verschlimmerung. Im September 1924 Krankenhausaufnahme.

Befund: Auffallend blasse Frau in dürftigem Kräfte- und Ernährungszustand. An den inneren Organen keine krankhaften Veränderungen. Die Handgelenke beiderseits, rechts mehr als links, geschwollen, die normalen Konturen verwaschen, besonders rechts ein deutlicher Erguß über den Handwurzelknochen. Die Schwellung fühlte sich wie ein weicher Gummi an. Die Mittelgelenke der 3. und 4. Finger waren verdickt; es bestand eine elastische Schwellung des periartikulären Gewebes; das Gelenk an den Mittelfingern ergab deutliche Fluktuation. Die befallenen Gelenke standen in leichter Beugestellung. Die Phalanx II beider Zeigefinger volarwärts wenig subluxiert. Eine völlige Streckung des Gelenkes nicht möglich. Die Endphalangen der Zeigefinger beider Hände zeigten eine ulnare Deviation der Achse. In den Endgelenken der Zeigefinger die gleichen Ergüsse wie in den Mittelgelenken der 3. und 4. Finger. In den Endgelenken der Zeigefinger abnorme Beweglichkeit nach allen Richtungen und ein weiches Reiben bei passiven Bewegungen zwischen den beiden Phalanxenden. Infolge der Unmöglichkeit des Faustschlusses und der verminderten Beweglichkeit der Handgelenke stark herabgesetzte Gebrauchsfähigkeit der Hände. An den Kiefergelenken eine deutliche Schwellung; die Zähne konnten nur ungenügend voneinander entfernt werden. An der Wirbelsäule eine kyphoskoliotische Verkrümmung. Die Wirbelsäule selbst nur wenig ausgiebig beweglich. Alle befallenen Gelenke auf Druck ziemlich stark empfindlich und auch spontan dauernd schmerzhaft. Andere als die erkrankt beschriebenen Gelenke frei von nachweisbaren Veränderungen. Die Temperatur dauernd erhöht, bis 38° rektal (Abb. 1).

Digitized by Google

Verlauf: Intensive Behandlung mit Salizylaten, Atophanyl, Lichtbädern, Diathermie und Massage erfolglos, ebenso Behandlung der Zähne (in Erwägung einer oralen Sepsis). Im November 1924 eine Injektion von 0,15 Neosalvarsan intravenös. Der Erfolg war ein verblüffender: nach einem heftigen Schüttelfrost eine plötzliche, deutliche Verminderung der Schmerzen; eine zweite Injektion nach 8 Tagen rief nur einen geringen Schüttelfrost hervor. Eine jetzt angestellte Blutuntersuchung nach WR ergab ein stark positives Resultat. Nachdem nunmehr die Diagnose auf eine Arthrolues deformans gestellt worden war, wurde eine sachgemäße antiluetische Kur eingeleitet (120 g Hg in Form einer Inunktionskur und 2,4 g Neosalvarsan). Das Resultat der Behandlung war durchaus befriedigend. Das Allgemeinbefinden besserte sich sehr wesentlich, Gewicht und Hämoglobinzahl stiegen an. Die Gelenke wurden wesentlich beweglicher, die Hand konnte fast zur Faust geschlossen werden; spontane Schmerzen waren bei der Entlassung nicht mehr vorhanden. Die Pat. war imstande, ihre häuslichen Arbeiten selbständig zu verrichten. Weitere Behandlung: Dauernde Einnahme von Gelokal, dabei Zunahme des Gewichts und stetige Besserung des Allgemeinbefindens, auffallende Besserung des lokalen Krankheitsprozesses.

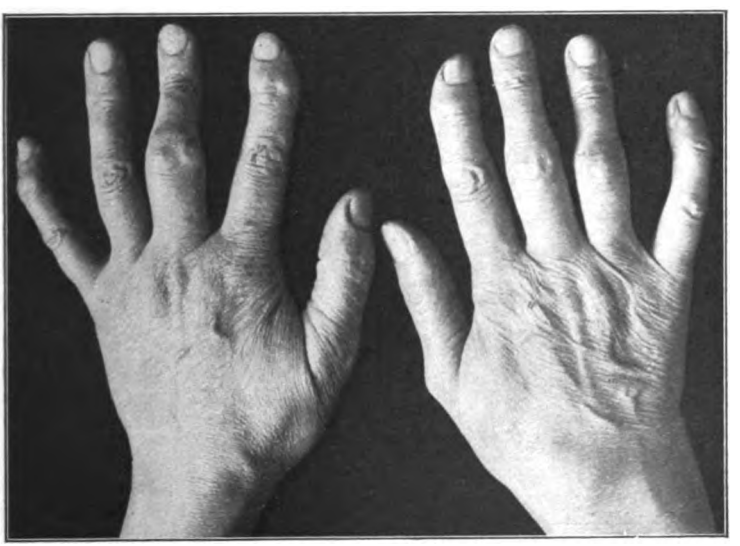


Abb. 1

Im März 1925 konnte die Hand mühelos zur Faust geschlossen werden, die Bewegung im Kiefergelenk war kaum noch gehemmt. Zur weiteren Befestigung des Erfolges wurde eine Bismogenolkur angeschlossen. Nach 5 Injektionen à 1,0 g im Abstand von 6 Tagen plötzlich Schmerzen im rechten Sternoklavikulargelenk. Obgleich die Diagnose auf eine akute Exazerbation infolge der Behandlung nicht von der Hand gewiesen werden konnte, wurde die Therapie in der gleichen Weise fortgesetzt. Da aber eine Besserung nicht eintrat, wurde nach 15 g Bismogenol wiederum Neosalvarsan injiziert (3,15 g). Von den ersten Spritzen an trat rasche Besserung ein, die unter Jodkali bis April des nächsten Jahres anhielt. Wegen erneuter stärkerer und schmerzhafter Gelenkschwellungen im April 1926 wieder eine Neosalvarsankur (3,0 g), auch dieses Mal mit gutem Erfolg. Unter geringen Schwankungen des Allgemeinbefindens und der Gelenkschwellungen ist die Pat. bisher zu allen häuslichen Arbeiten befähigt geblieben. Die Deformierungen und die abnorme Beweglichkeit in den Zeigefingergelenken sind auch durch die Kuren nicht beeinflußt worden. Die Ergüsse sind zurückgegangen, aber nicht ganz verschwunden. Infolgedessen ist das äußere Bild der Hände nur unwesentlich verändert. Die Wassermannsche Blutuntersuchung ergab bis zuletzt das gleiche Resultat. Eine Prüfung des Gelenkpunktats mit der Wassermannschen Methode war nicht möglich, da Gelenkinhalt nicht zu erhalten war, offenbar infolge zu zäher Beschaffenheit desselben.

Digitized by Google

Röntgenbefund am 25. III. 1927 (Abb. 2): An den Händen allgemeine Atrophie: Verbreiterung des Markraumes, Verdünnung der Kortikalis und stärkere Durchsichtbarkeit der Knochen. Die Gelenke der Phalangen zeigen an beiden Händen, am ausgesprochensten rechts im Gelenk zwischen Mittel- und Endphalanx II, zwischen Grund- und Mittelphalanx III und zwischen Mittel- und Endphalanx V, links zwischen Mittel- und Endphalanx II, zwischen Grund- und Mittelphalanx III und IV und zwischen Mittel- und Endphalanx V, also an symmetrischen Stellen eine stark arthritische Zackenbildung der Randkonturen und Verdichtung der Knochenstruktur und Subluxation der Gelenke. Außerdem sieht man an sämtlichen Handwurzelknochen der linken Hand eine stark fleckige Form der Atrophie.

Demnach müssen die Veränderungen als Arthritis deformans ulcerosa bezeichnet werden.

Außer am Knochensystem lassen sich sonstige Zeichen von Lues nicht finden. Die diffusen Schmerzen in der Wirbelsäule lassen sich nach der Röntgenaufnahme nicht durch einen lokalisierten Krankheitsprozeß erklären. Es finden sich nur eine starke

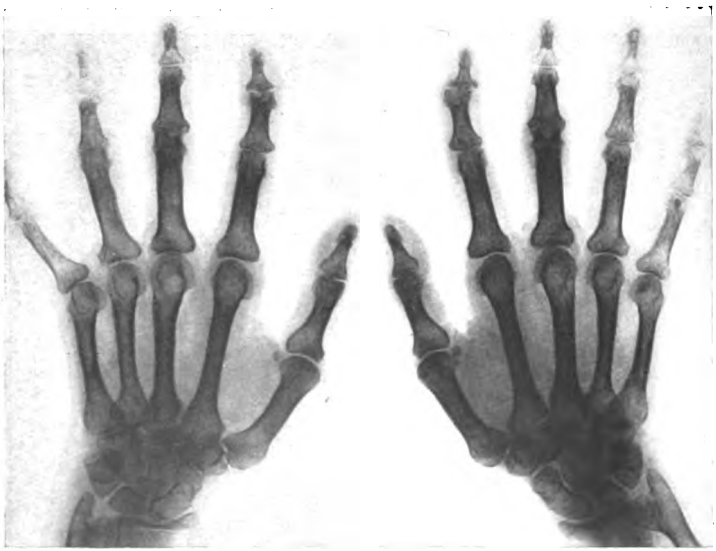


Abb. 2

Skoliose, gleichmäßig hohe Wirbelkörper von stark atrophischer Struktur im Sinne einer Osteoporose. Periostitische Auflagerungen oder Exostosen sind nicht vorhanden, ebenfalls keine Destruktionen oder Gummabildungen.

Fall 2. Frau Sch., 60 Jahre. Familienanamnese o. B., sonst nie ernstlich krank gewesen. Zwei Graviditäten, ein Kind faultot im letzten Monat, später ein gesundes Kind. Mann mit 58 Jahren an Herzschlag gestorben. Pat. weiß nichts von syphilitischer Infektion, ist vor 1922 nicht spezifisch behandelt worden. 1922 wegen „Herzleiden" mit Salvarsan behandelt. Am Ende der Behandlung und nach der Entlassung zum ersten Male Schwellung an den Daumenballen der linken Hand mit Schmerzen, deshalb von einem namhaften Chirurgen eine Operation vorgenommen, über die kein näherer Bericht vorhanden. Die Schmerzen blieben jedoch bestehen. Etwa ein halbes Jahr später die gleiche Schwellung mit Schmerzen am rechten Daumenballen. Seit Mitte 1924 zunehmende knotige schmerzhafte Verdickungen der Endgelenke des Zeigefingers und des 4. Fingers der rechten Hand. Wegen dadurch hervorgerufener Bewegungsstörung und gleichzeitig vorhandener starker Kurzatmigkeit zum Arzt.

Befund im Januar 1925: Ursache der Atemnot eine Aorteninsuffizienz höheren Grades. An beiden Daumenballen die Gegend des Gelenkes zwischen Handwurzelknochen und Os metacarpale nach der radialen Seite hin stark verdickt durch eine Schwellung

Digitized by Google

von der Konsistenz eines harten Gummis, ein Erguß nicht nachzuweisen. Die Schwellung auf Druck mäßig schmerzhaft. Das Gelenk zwischen II. und III. Phalanx des Zeigefingers und des 4. Fingers der rechten Hand verdickt und schmerzhaft. Die Achse der Endglieder des 2. Fingers ulnarwärts, die des 4. Fingers radialwärts abgeknickt, die Gelenke leicht luxiert. Abnorme Beweglichkeit, bei passiven Bewegungen ein deutliches Reiben der usurierten Knochen aneinander fühlbar. Infolge der Schmerzhaftigkeit der Faustschluß nur ungenügend möglich. WR dreifach positiv.

Diagnose: Aortitis luica valvularis (nach der Benennung und Einteilung von SCHOTTMÜLLER), Arthrolues deformans.

Therapie: Schmierkur, Jodkali, Nachkur in Tölz.

Nachuntersuchung im April 1925: Der objektive Befund ist unverändert; sehr wesentlich gebessert sind die Schmerzen, Faustschluß gelingt mühelos und ohne Schmerzen.

Seitdem mehrere Jodkuren und wiederholte Badekur in Tölz. Objektiv keine Änderung, Schmerzen nicht wieder aufgetreten.

Röntgenbefund am 25. IV. 1927. Rechte Hand: Ausgesprochene Veränderungen im Sinne einer chronischen deformierenden Arthritis im Gelenk zwischen End- und Mittelphalange des Zeigefingers und 4. Fingers. Ebenso ist das Karpo-Metakarpalgelenk stark verändert. Weniger ausgesprochene Veränderungen am Gelenk zwischen Grund- und Mittelphalange des rechten Zeige- und Mittelfingers und zwischen End- und Grundphalange des Daumens. Feinere Veränderungen auch an zahlreichen anderen der interphalangealen Gelenke. Links Veränderungen ähnlich, besonders ausgesprochen am Karpo-Metakarpalgelenk des Daumens. Zusammenfassend kann auf Grund des Röntgenbefundes nur von einer schweren destruierenden ulzerösen Arthritis gesprochen werden.

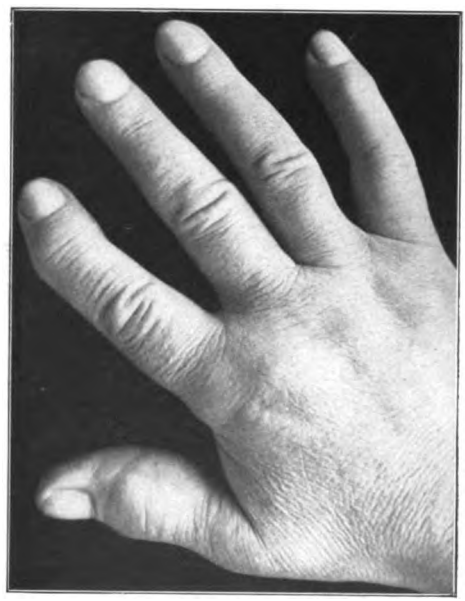


Abb. 3

Durchleuchtung: Dilatation des Herzens nach links, sonst kein besonderer Befund, die Lungen frei von pathologischen Herdschatten.

Fall 3. L., 67 Jahre, Lehrer. Anamnese: Infectio syphilitica 1884, von ENGEL-REIMERS behandelt. Seitdem niemals Beschwerden oder Hauterscheinungen. 1896 angeblich „Sonnenstich" während des Unterrichts, infolgedessen pensioniert. Während der Kriegszeit Blutuntersuchung nach WASSERMANN negativ. Im Juni 1926 einen Tag lang Doppeltsehen. Ende Juli plötzlich Schwäche im rechten Bein, zunehmend, 3 Tage später Lähmung des rechten Armes.

Befund am 1. VIII. 1926: Parese der rechten Seite. Bei dieser Gelegenheit wird eine ziemlich derbe, spindelig-knotige Verdickung des Gelenkes zwischen I. und II. Phalanx beider Daumen festgestellt, außerdem eine Deviation der Endphalanx des rechten Zeigefingers ulnarwärts mit Verbreiterung des Gelenkes und abnormer Beweglichkeit.

Diagnose: Aus der Art des Auftretens der Lähmungserscheinungen und dem Gelenkbefund wird trotz energischen Leugnens Lues diagnostiziert, worauf die obige Anamnese schließlich angegeben wird.

(Der Pat. hatte den Auftreibungen an den Fingern keine Beachtung geschenkt, er selbst hielt sie für Gicht. Sie sollten etwa ein Jahr bestanden haben und anfangs schmerzhaft gewesen sein.)

Therapie: Unter kombinierter Jod-Bismogenolbehandlung rascher Rückgang der Lähmungen. Keine Änderung des Befundes an den Händen (Abb. 3).

Fall 4. L., 35 Jahre alt. Anamnese: Vater schwer rheumatisch gewesen, jung an Herzleiden gestorben; man nimmt Lues an. Selbst nie ernstlich krank gewesen; von

Digitized by Google

syphilitischer Infektion ist dem Pat. nichts bekannt. Verheiratet; Frau eine Fehlgeburt im 7. Monat.

1913 Gelenkrheumatismus. 1923 und 1925 Iritis.

1923 und 1925 Gelenkrheumatismus. Damals auch die Kiefergelenke und das rechte Sternoklavikulargelenk befallen neben Fußgelenken, Kniegelenken, Hand-, Schulter- und einzelnen Interphalangealgelenken. 1925 Blutuntersuchung nach WASSERMANN negativ. Der Pat. wurde in einem hiesigen Krankenhause unter der Diagnose Arthritis gonorrhoica behandelt. Von damals soll eine Verdickung des rechten Sternoklavikulargelenkes und des 1. Gelenkes am rechten Zeigefinger bestehen geblieben sein.

1926 Feigwarzen. ANTONI stellte nach seiner Methode im Blutausstrich Lues fest, darauf Anstellung der WR, die stark positiv ausfiel. Durch intensive Hg-Salvarsankur seitdem WR negativ. Während der ersten antisyphilitischen Kur 1926 traten starke Schmerzen und Schwellungen an symmetrischen Gelenken auf, und zwar an den Daumengrundgelenken und an den Zeigefingergrundgelenken.

Abb. 4

Während der zweiten Kur Schmerzen und Schwellung des rechten 2. Mittelfingergelenkes.

Während der dritten Kur Schmerzen und Schwellung des linken Kleinfingergrundgelenkes. Außerdem bestehen jetzt Schmerzen in einzelnen Zehengrundgelenken.

Die Diagnose Arthritis deformans ulcerosa geht aus dem Reiben hervor, das bei passiven Bewegungen und Verschiebungen der am rechten Daumengrundgelenk beteiligten Knochen bemerkbar ist. Am Herzen Aorteninsuffizienz. Röntgenologisch Bulbus aortae erweitert.

Nach allem ist man berechtigt anzunehmen, daß es sich um eine Lues congenita handelt mit Aneurysma aortae supravalvularis et valvularis und eine chronisch deformierende Arthritis.

Röntgenbefund am 16. IV. 1927 (Abb. 4): Rechte Hand: Dorsal am Köpfchen des I. Metakarpale unmittelbar an die Gelenkfläche angrenzend ein ziemlich scharfer, marginaler Defekt von Schrotkorngröße. Einen ebensolchen, etwas kleineren, muldenförmig aussehenden sieht man an der radialen Seite der Basis der II. Grundphalange. Das Köpfchen der II. Metakarpale weist einen erheblich größeren, auch ziemlich scharfrandigen Defekt auf. Radial hiervon liegt in den Weichteilen ein glatter, etwa 2 cm langer Sequester. Ähnliche Veränderungen an der linken Hand. Kleine Defekte sind dorsal an gleicher Stelle wie rechts am Köpfchen des I. Metakarpale und außerdem an der ulnaren Seite der Basis des V. Metakarpale. Die Kniegelenke bieten keinen besonderen Befund. Das linke Sternoklavikulargelenk ist frei, dagegen zeigt das rechte unregelmäßige Begrenzung der Gelenkfläche der Klavikel.

Diagnose: Der röntgenologische Befund bietet keine für eine bestimmte Ätiologie charakteristische Veränderung. Am meisten ähnelt das Bild noch dem, was man bei einer Arthritis urica zu sehen bekommt.

Die rheumatische Erkrankung, die der Pat. 3 Jahre vor Feststellung der Lues durchgemacht hatte, bietet in ihrer Lokalisation auffallende Ähnlichkeit mit dem ersten Fall und mit einem bei SCHLESINGER kurz erwähnten Fall. Bei SCHLESINGERS Pat. kam

Digitized by Google

es zu „Veränderungen in fast sämtlichen Interphalangeal- und in den Handgelenken, während außer den Kiefer- und Sternoklavikulargelenken alle anderen Verbindungen frei waren".

Fall 5. Frau v. W., 53 Jahre. Anamnese: Früher nicht ernstlich krank gewesen. 1924 Apoplexie mit rechtsseitiger Lähmung. Jetzt zum Arzt wegen seit 4 Wochen bestehender, Tag und Nacht andauernder heftiger Schmerzen im linken Handgelenk. Behandlung mit Wärme und Salizylpräparaten, Melubrin- und Atophanylinjektionen erfolglos.

Befund im Juni 1926: Rechtsseitige Lähmung, auffallend gelblich-blasse Hautfarbe. Am Processus styloideus radii sin. ist das Periost in Form eines derben, etwa kirschkerngroßen, sehr schmerzhaften Tumor verdickt. Weiterhin eine ausgesprochene Abknickung der Achse des linken Zeigefingerendgliedes ulnarwärts mit Subluxation des Gelenkes und Destruktion, die sich durch starkes Reiben der vom Knorpel entblößten Gelenkflächen bei passiven Bewegungen anzeigt.

Im Hinblick auf die Ähnlichkeit des Befundes mit den oben beschriebenen Fällen wird die Möglichkeit einer Lues erwogen. Die WR ist negativ. Es ergibt sich jedoch bei genauer Nachforschung, daß der Vater und ein Bruder der Pat. an progressiver Paralyse gestorben sind. Sie selbst soll als Säugling „sehr krank" gewesen sein.

Die Diagnose wird darum auf Arthrolues deformans gestellt.

Es wird eine antiluetische Therapie eingeleitet; auf 0,15 g Neosalvarsan starker Schüttelfrost, danach deutliche Milderung der vorher aller Behandlung trotzenden Schmerzen. Nach zweimaliger Injektion von 0,45 g Neosalvarsan sind die Schmerzen völlig verschwunden. Die periostitische Auftreibung ist nach Beendigung der Kur wesentlich zurückgegangen. Das äußere Bild ist fast unverändert.

II. Epikrise und Diagnose

1. Klinisch: Das, was die Fälle miteinander verbindet, ist die Entstehungsweise, das äußere Bild und der Verlauf, deren Gleichartigkeit es gestattet, unsere Fälle zu einer Gruppe zusammenzufassen, die offenbar charakteristische, auf Lues hinweisende Symptome zeigt. Bei allen Pat. war das Anfangssymptom Schmerzen, woran sich nach einiger Zeit Schwellungen anschlossen, während die Schmerzen wieder in den Hintergrund traten. Im Laufe von Monaten oder Jahren bildeten sich dann die Deformierungen aus, die, als die Kranken ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, schon ziemlich weit fortgeschritten waren. Es kam bei vier Pat. zu Destruktionen an Fingerendgelenken, der Zeigefinger bei Fall 1, 2, 3 und 5, bei Fall 2 auch des 4. Fingers und bei Fall 3 auch des Daumens, bei dem vierten Fall zu Destruktion an den Daumengrundgelenken. Charakteristisch ist eine gewisse Symmetrie der Lokalisation, die im ersten Falle ganz ausgesprochen, aber auch bei den anderen unverkennbar vorhanden ist, ein untrügliches Zeichen, daß es sich nicht um ein lokales Leiden, sondern um eine Allgemeinerkrankung handelt. Bei der zweiten Pat. sind die Gelenke zwischen Handwurzelknochen und Os Metacarpale I beiderseits befallen, bei dem dritten Pat. beide Daumenendgelenke, bei dem vierten Pat. beide Daumengrundgelenke. Nur bei der letzten Pat. ist die Erkrankung einseitig. In allen erkrankt gefundenen Gelenken waren anfangs Ergüsse nachweisbar, die sich dann später resorbierten. In den Endgliedern der Zeigefinger, bei der zweiten Pat. auch des 4. Fingers, war auffallend rauhes Reiben und abnorme seitliche Beweglichkeit bei passiven Bewegungen, die lebhafte Schmerzen verursachten, nachzuweisen, woraus auf einen schweren destruktiven Prozeß in den Gelenken geschlossen werden muß. Die Funktionsbehinderung war infolge der Schmerzhaftigkeit und Deformierung recht

Digitized by Google

groß. Druckschmerz bestand in allen erkrankten Gelenken, besondere Druckpunkte waren nicht nachzuweisen.

2. Röntgenologisch: Gleichartig wie das klinische Bild ist auch der Röntgenbefund, den wir in Fall 1, 2 und 4 erheben konnten. Allerdings muß hier von vornherein betont werden, daß röntgenologisch irgend welche für Lues charakteristische Veränderungen durchaus nicht vorliegen. Wie schon bei den Fällen 1, 2 und 4 beschrieben, handelt es sich lediglich um den Befund einer Arthritis deformans mit schweren usurierenden Prozessen an den Gelenken. Wir werden darauf bei der Besprechung der Differentialdiagnose noch ausführlich eingehen.

3. Ätiologisch: Haben wir somit klinisch und röntgenologisch gemeinsame Züge an unseren Fällen feststellen können, so erhebt sich nunmehr die Frage, mit welchem Rechte wir ätiologisch die Erkrankung auf Syphilis zurückführen können. Die WR im Blut war in drei Fällen noch zur Zeit der Behandlung stark positiv (Fall 1, 2, 4), einmal (Fall 3) war eine sichere Lues in der Anamnese und bestand zur Zeit der Behandlung eine spätluetische Gefäßerkrankung. Nur im letzten Falle (5) konnte die Syphilis nicht mit absoluter Sicherheit als erwiesen angesehen werden, da weder die WR noch sonstige Zeichen eine solche Erkrankung beweisen ließen. Indessen ergab bei weiterer Nachforschung die Familienanamnese dann, daß es sich wohl um eine kongenitale Lues handle; auch die „schwere Erkrankung", die die Pat. selbst als Säugling durchgemacht haben soll, kann man in diesem Zusammenhang vielleicht als Manifestation der kongenitalen Lues ansehen. Die Mitbeteiligung des Periost am Radius ist ein weiteres für Lues sprechendes Moment. Auch bei dem vierten Fall, bei dem die Lues durch die Blutuntersuchung sicher ist, handelt es sich vielleicht um eine kongenitale Form, denn von primären und sekundären Erscheinungen ist nichts bekannt, und die Erkrankung des Vaters ließe sich als luische deuten.

Außer durch die Anamnese und den Ausfall der WR ließ sich die syphilitische Ätiologie auch schließen aus dem Vorliegen anderweitiger luischer Veränderungen. Zwar ist nach Schlesinger eine Mitbeteiligung anderer Organe bei der Knochen- und Gelenklues selten, eine Erfahrung, die auch Harttung gemacht hat, während Strauss in seinen Veröffentlichungen über Gelenkerkrankungen bei Spätlues angibt, daß von seinen sechs Kranken drei erhebliche Gefäßveränderungen gezeigt haben. Vier unserer Fälle (2, 3, 4, 5) gingen mit schweren Gefäßerkrankungen einher, Fall 2 und 4 litten an unzweifelhaften syphilitischen Aortenerkrankungen; bei Fall 3 und 5 fanden sich zentral bedingte Lähmungserscheinungen, die nicht anders als durch endarteriitische Prozesse bedingt gedeutet werden können.

Schließlich dürfte der Erfolg unserer antisyphilitischen Therapie, sowohl was den Heileffekt als die dadurch bewirkte Provokation anbetrifft, die Diagnose Lues stützen, wenngleich wir im Gegensatz zu Schlesinger der Diagnose „ex iuvantibus" mit großer Reserve gegenüberstehen. Immerhin scheint uns der prompte Erfolg der Therapie in Fall 1 und 5 doch auch bei kritischer, vorsichtiger Abwägung für die Diagnose Lues verwertbar zu sein. Schwerer als der günstige Erfolg der spezifischen Therapie wiegt aber vielleicht die Beobachtung der Provokation krank-

Digitized by Google

hafter Veränderungen an bis dahin als gesund angesehenen Stellen durch die Therapie. Besonders eklatant sind in dieser Beziehung die Exazerbationen in Fall 1 und 4: bei unserer ersten Pat. trat mitten in der zweiten Kur plötzlich eine schmerzhafte Schwellung im rechten Sternoklavikulargelenk auf, die vorher nicht bestanden hatte und die erst bei weiterer Kur verschwand. Im Fall 4 exazerbierten zur Ruhe gekommene Gelenkerscheinungen regelmäßig während der spezifischen Kuren. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir mit SCHLESINGER und HARTUNG dies als HERXHEIMERsche Reaktionen in einem bereits, wenn auch nicht nachweisbar erkrankten Gelenk ansehen, so nämlich, daß die in den Gelenken vorhandenen Spirochätendepots durch die spezifische Behandlung zur Lebensäußerung veranlaßt werden. Interessant ist, daß im ersten Falle die Schmerzen, die während der Bismogenolkur aufgetreten waren, erst nach einer Neosalvarsaninjektion sich besserten, eine Beobachtung, die wir auch in einem anderen Falle machen konnten: hier handelte es sich um einen Pat. mit stationärer Tabes und intermittierenden schmerzhaften Schwellungen im zweiten Gelenk beider Mittelfinger; auf Quecksilber oder Bismogenol trat eine Besserung nicht ein. Im Gegenteil zeigte sich mehrfach eine erhebliche Verschlechterung, während nach Injektion von Neosalvarsan regelmäßig Beschwerdefreiheit eintrat.

Ob die bei der zweiten Pat. nach einer Salvarsanbehandlung wegen Aortitis in Erscheinung getretenen Veränderungen an den Daumenballen durch die Kur provoziert worden sind, ist nicht mit Sicherheit zu sagen, erscheint aber im Hinblick auf die anderen Fälle nicht ausgeschlossen. Die Pat. selbst führt ihr Leiden mit Bestimmtheit auf die Kur zurück, da sie manchmal sofort nach der Injektion heftige Schmerzen verspürte.

Die Frage, ob die Lokalisation der Gelenkveränderungen etwa für Lues eine typische ist, wird weiter unten besprochen werden.

Nachdem wir somit zu der Ansicht gekommen sind, daß es sich bei unseren Fällen um luische Erkrankungen handelt, interessiert die Frage nach der zeitlichen Beziehung zwischen der Infektion und dem Ausbruch der Erkrankung an den Gelenken. Eine genaue Beantwortung dieser Frage ist nicht möglich; immerhin läßt sich soviel sagen, daß die unserer Gruppe zugehörigen Fälle den spätluischen Erkrankungen zuzurechnen sind.

III. Differentialdiagnose

Die Differentialdiagnose hat bei der vorliegenden Krankheit die verschiedensten chronischen Gelenkerkrankungen in den Bereich ihrer Erwägungen zu ziehen. In der Literatur wird immer wieder die Schwierigkeit betont, gewisse Formen von Gelenklues von der Tuberkulose zu unterscheiden. Für unsere Fälle kommt sie ebenso wie der PONCETsche Gelenkrheumatismus nicht in Frage.

Bei der ersten Pat. war eine Gelenkerkrankung bei Sepsis in Erwägung gezogen, da sich anfangs eine Ätiologie nicht finden ließ. Nur bei diesem Falle war Fieber vorhanden. Wiederholte Blutkulturen blieben steril; auch odontogene Sepsis ließ sich ausschließen, da eine gründliche Revision des Gebisses und Extraktion mehrerer kariöser Zähne keinerlei Veränderungen der Fieberkurve und der Beschwerden an den Gelenken brachte.

Digitized by Google

Auch gonorrhoische Erkrankungen können ausgeschlossen werden, wenngleich beachtenswerterweise Fall 4 längere Zeit als Arthritis gon. behandelt worden ist. Die Lokalisation an den kleinen Fingergelenken kommt im allgemeinen der Gonorrhoe nicht zu. Jedenfalls aber verläuft die gonorrhoische Gelenkerkrankung mit sehr starken Schmerzen, die meist zu Fixation und auch zu Ankylose führt. Eine Beteiligung der Kiefergelenke kommt, wie SCHLESINGER hervorhebt, neben der Lues besonders der Gonorrhoe zu und ist für die Lues nur zu verwerten, wenn noch keine spezifische Behandlung eingesetzt hat, wie es bei unseren Pat. auch nicht der Fall war.

Gelenkgicht, chronischer Gelenkrheumatismus und die sog. Arthritis deformans sind die Erkrankungsformen, die auch in unseren Fällen besonders zu berücksichtigen sind.

Eine Beteiligung des Großzehengrundgelenkes, wie es typisch für Gicht ist, war bei keinem unserer Pat. vorhanden. Die Schmerzen traten nicht anfallsweise auf. Tophi waren nicht nachweisbar. Die für Gicht als typisch beschriebenen Veränderungen waren röntgenologisch im ersten Falle nicht vorhanden. In Fall 4 ähnelte der Befund zwar dem der Arthritis urica, klinisch sprach aber die Entwicklung der Erkrankung gegen eine solche. Nach SCHLESINGER kommt der Gicht „keine Beeinflußbarkeit einer vorhandenen Empfindlichkeit durch antisyphilitische Mittel" zu, „die letzteren führen auch keine Besserung oder Heilung herbei".

Ein akuter Gelenkrheumatismus, der in chronische Form übergegangen war, lag bei unseren Pat. nicht vor. Bei den zweifelhaften Fällen blieb eine Behandlung mit Salizylpräparaten völlig erfolglos.

Die Unterscheidung der Arthritis deformans von der Gelenklues einerseits, andererseits die ätiologische Bedeutung der Lues für die Arthritis deformans sind vielfach der Gegenstand eifriger Forschung gewesen. HECKMANN sieht für fast alle Formen der monartikulären Arthritis deformans (er schließt nur die senile aus) die Grundursache in der konstitutionellen Lues, die eine durch Kontusion bedingte Schädigung des Gelenkes nicht ausheilen läßt; für die Polyarthritis deformans macht er sie „in einem bedeutenden Prozentsatz der Fälle" verantwortlich neben der rheumatischen Disposition.

STÜHMER prüfte diese Resultate nach und kam ebenfalls zu dem Resultat, daß für viele Fälle von Arthritis deformans die Lues die Ursache sei.

AXHAUSEN hält die Arthritis deformans für eine Folgeerscheinung, „die sich nicht selten an die luetische Gelenkerkrankung anschließt, auch wenn die eigentliche Gelenklues durch richtige Behandlung vollständig zum Verschwinden gebracht worden ist". Die Ursache dieser Nachkrankheit sollen Knorpelnekrosen sein, die AXHAUSEN als Ursache der Arthritis deformans in jedem Falle angibt.

RIMANN (zitiert nach HEINE) hat die Syphilis als Ursache der primären Arthritis deformans anerkannt. Durch eine chemische Veränderung der Gewebssäfte und der Gelenkflüssigkeit solle sie auf den Knorpelüberzug schädigend einwirken.

HEINE kann in seiner Arbeit über die Arthritis deformans auf Grund seiner Untersuchungen die Vermutung RIMANNS nicht bestätigen und will die Lues aus der Ätiologie der Arthritis deformans streichen, „solange

Digitized by Google

nicht durch ein größeres Material das Gegenteil bewiesen ist". Als Ursache der sekundären Arthritis deformans erkennt er sie an, hält aber die von HECKMANN veröffentlichten monartikulären Fälle für durch Trauma bedingte sekundäre Arthritis deformans.

SCHLESINGER glaubt, daß früher viele Fälle von deformierender Gelenklues der richtigen Diagnose und kausalen Therapie entgangen seien, wendet sich aber dagegen, durch den Nachweis einer positiven WR bei deformierender Gelenkerkrankung die Diagnose Gelenklues für gegeben zu erachten, und stellt als klinische Unterscheidungsmerkmale auf: „Dolores osteocopi nocturni, die Druckpunkte an den Gelenken, Periostitiden und Bursitiden in der Nachbarschaft der erkrankten Artikulationen, die schubweise Verschlimmerung, manchmal synchron mit manifesten luetischen Veränderungen an anderen Körperstellen, die häufige Erkrankung der Kiefer- und Schlüsselbeingelenke, die positive WR in der Gelenkflüssigkeit, manchmal auch positive, radiologisch erkennbare Veränderungen an den Knochen, das Ergebnis der pharmakologischen Prüfung, den Erfolg der Therapie." Eine für Gelenklues typische Veränderung hat SCHLESINGER nicht feststellen können; bei einigen seiner Pat. waren die für Polyarthritis deformans typischen Verkrümmungen vorhanden. In anderen Fällen waren ganz regellose Stellungen entstanden, teilweise Überstreckungen in einzelnen Fingergelenken, starke laterale Deviation, sowohl ulnare wie radiale, letztere zwar seltener. Auch konnte SCHLESINGER mehrmals S- und Z-förmige Verkrümmung der Finger feststellen.

(Schluß folgt)

H. Noguchi

Am 21. Mai 1928 erlag auf dem Felde der Wissenschaft als Opfer der von ihm in Ecuador entdeckten Leptospira icteroides einer der größten Forscher unserer Tage zu Akkra in Britisch-Guinea, wohin er sich zum erneuten Studium des gelben Fiebers begeben hatte, weil von verschiedenen Seiten seine Entdeckung angezweifelt worden war.

HIDEYO NOGUCHI wurde am 24. November 1876 zu Fukushima in Japan geboren und vollendete in seinem Vaterlande die medizinischen Studien. Den Doktorgrad erwarb er 1897 in Tokio. Bald darauf begab er sich nach Nordamerika und wurde Assistent an der University of Pennsylvania zu Philadelphia bei der Carnegiestiftung. 1903—04 arbeitete er bei MADSEN in Kopenhagen. Nach Amerika zurückgekehrt, hat er dem Rockefeller-Institut zu New York, woselbst seine bedeutendsten Entdeckungen zustande kamen, als Professor der Pathologie und Bakteriologie seine Kraft gewidmet. Ohne hier auf seine Forschungen auf serologischem Gebiete, über Agglutinine, Opsonine, sowie über Kinderlähmung und Lyssa eingehen zu können, sei nur an seine Versuche der Reinkultur der Spirochaeta pallida erinnert, besonders aber an seinen populärsten Fund, den Nachweis der letzteren im Nervensystem bei progressiver Paralyse und bei Tabes sowie an die Luetinreaktion. Auch die Arbeiten über Spirochaete refringens, Verruga peruana und Variola dürfen hier nicht vergessen werden.

NOGUCHI gehörte zu jenen Naturen, welche kein anderes Ziel kennen als die wissenschaftliche Arbeit, ihr allein weihte er Tage und Nächte, Gesundheit und Leben! Denn sein Ideal war es, ein Serum zu finden, das die Menschheit von der schrecklichen Geißel des gelben Fiebers erlösen sollte. Zu diesem Zwecke begab er sich an die afrikanische Goldküste, und dies ist auch seine letzte Reise gewesen. Obwohl bald selbst

Digitized by Google

infiziert, genas er wieder, wohl, weil er sich selbst mit seinem Mittel geimpft hatte. Er hatte aber die Genugtuung, bei mit seinem eigenen Blute geimpften Affen den von ihm entdeckten Bazillus nachzuweisen. Schon zur Heimreise sich rüstend, erkrankte er von neuem, um nicht wieder zu gesunden. Bei Obduktion seiner Leiche infizierte sich Dr. William Alexander Young, Direktor des Medical Research Institute der Goldküste, und starb gleichfalls.

Die wissenschaftlichen Leistungen Noguchis stellen ihn in eine Reihe mit unseren größten ätiologischen Entdeckern. Er war aber auch eine liebenswürdige Persönlichkeit, die sich, wie wir alle wissen, deutschen Kliniken stets gerne mit Rat und Tat zur Verfügung stellte. J. H. Rille.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archiv für Dermatologie und Syphilis

1928, Bd. 154, H. 2

Zur Pathogenese des Lichen striatus, von R. Lewith, Deutsche Hautkl. Prag. S. 239—245. Im Beobachtungsfalle treten strichförmig angeordnete Effloreszenzen zunächst am Oberschenkel, dann am Gesäß, Bauch und am Thorax auf, streng halbseitig in Dermatomen lokalisiert, begleitet von einer Steigerung gleichseitiger Sehnenreflexe, dabei selbst hyperästhetisch, haben sie die Form und Natur erythematös entzündlicher Knötchen. Sie werden als die Folge einer vom Rückenmark ausgehenden Sensibilisierung angesehen, die eine schon bestehende flüchtige Urticaria factitia zu einer länger haltbaren Form in den Segmenten umwandelt. Von der veränderten Leistung des Rückenmarkes wird behauptet, daß sie durch einen zentripetalen Reiz aus der Peripherie (juckende Stelle am Gesäß) herbeigeführt worden sei.

Über Tumoren innerer Organe bei Mycosis fungoides, von E. Liechti, Pathol. Inst. Bern. S. 246—267. Klinik und Histologie zweier Fälle. Sie weisen außer Hautveränderungen Infiltrate und Tumoren in den inneren Organen auf. Schon die Hautinfiltrate, die in beiden Fällen den typischen Charakter eines Granulationsgewebes haben, gehen in einzelnen Exemplaren in Tumoren über, die große Ähnlichkeit mit Lymphosarkomen zeigen. Im ersten Falle ist ein großer Tumor der rechten Nebenniere vorhanden, der durchaus einem selbständig wachsenden Lymphosarkom gleicht. Im zweiten Falle erinnern multiple Infiltrate in allen Lymphknoten, in der Milz, der Leber und den Nebennieren sogar an eine Systemerkrankung im Sinne einer Lymphosarkomatose. Trotzdem läßt sich die Mycosis fungoides scharf vom Lymphosarkom trennen, weil sie primär stets den Charakter des Granuloms aufweist und nur sekundär, gelegentlich und allmählich, denjenigen des Sarkoms annimmt.

Über eine epidemische Glossitis in Palästina, von I. Katzenellenbogen, Hautabt. des Bicur Cholim Hospitals und der Arbeiterkrk. Jerusalem. S. 269—277. Den Pat. fallen zunächst Schmerzen beim Genuß saurer und salziger Speisen auf, die innerhalb der ersten und zweiten Woche erheblich zunehmen. An der geschwollenen Zunge beobachtet man einen rahmartigen Belag, Schwellung der Papillen und an der Spitze der Zunge eine auffällige Blässe. In der dritten Woche tritt Entzündung der Lippen und Mundwinkel hinzu. Bei einigen Pat., die über Halsschmerzen klagen, beteiligen sich auch Rachen und Stimmbänder. Ende der dritten Woche beginnende Rückbildung. Der rahmartige Belag verschwindet von der Mitte der Zunge aus; längere Zeit beobachtet man eine rote Zungenmitte mit weißen Seitenstreifen. In der 6.—8. Woche pflegt die Krankheit zurückzugehen. Manchmal kommen Rezidive, andererseits auch leichtere Erkrankungen vor. Die Inkubationszeit der ansteckenden Krankheit scheint 2—3 Wochen zu betragen. Außerdem ist sie eine Saisonkrankheit, die in der kalten regnerischen Jahreszeit auftritt.

Über den Nachweis des Herpeserregers bei zosteriformen Eruptionen (Darier) und seine differentialdiagnostische Bedeutung, von H. Freund, Univ.-Hautkl.

Digitized by Google

Berlin. S. 278—286. Mit Blaseninhalt von Zoster lassen sich im allgemeinen nicht jene Impfeffekte auf der Kaninchenkornea erzeugen, wie sie mit solchem von Herpes simplex gelingen. Da es aber auch Fälle gibt, die ihrer Ausbreitungsart nach mehr oder weniger vollkommen einem Zoster gleichen und dabei doch die experimentell nachweisbare Herpesnatur besitzen, so wird als Bezeichnung solcher Fälle der schon von Darier benutzte Name „zosteriformer Herpes" vorgeschlagen.

Zum Wesen der Bowen-Erkrankung, von C. Kreibich, Deutsche Hautkl. Prag. S. 287—291. Der primäre Vorgang liegt in einer Entartung oder Zellschwäche von Epithelzellen, der sich durch Kernteilung ohne Beteiligung des Protoplasmas oder enorme Vergrößerung des Kernes ohne Teilung kundgibt. Die Dystrophie der Epithelzelle führt zu Hyperkeratose, soweit nicht eine Durchfeuchtung der Epidermis als Folge einer Zunahme des Kutisinfiltrates Parakeratose oder vollständiges Abstoßen der Hornschichtlage mit Bildung von Borken bedingt. Die Kutisinfiltration wird entweder als Giftwirkung gedeutet oder als Folge einer gesteigerten Oberflächenempfindlichkeit, wie sie auch bei Naevus und Keratoma senile vorkommt.

Ulcus molle und Frauenemanzipation, von A. Spindler-Reval. S. 292—299. Im Gegensatz zu dem Vorkommen des Ulcus molle vor dem Kriege ist nach demselben ein Herabgehen der Erkrankungen auf 6% der Vorkriegszahlen zu konstatieren. Tripper dagegen hat zugenommen und die Lues ihre frühere Häufigkeit behalten. Die Ursache, die zum Rückgang des Ulcus molle geführt hat, wird durch die Abnahme der Prostitution erklärt, da diese durch die Teilnahme der weiblichen insonderheit der berufstätigen und wirtschaftlich selbständigen Bevölkerung am außerehelichen Geschlechtsverkehr eine ganz erhebliche Beschränkung erfährt.

Zur Frage des Wesens der „Metastasen" bei Mycosis fungoides, von P. Eichler und H. G. Rottmann, Path. Inst. u. Hautkl. Göttingen. S. 300—323. Der mitgeteilte Fall weist makroskopisch an der Haut und den inneren Organen knotige Veränderungen auf. Beteiligt waren insonderheit die Lungen, Pankreas, Schilddrüse und die axillaren und inguinalen Lymphdrüsen. Die histologische Untersuchung ergab eine vollkommene Gleichheit in der Beschaffenheit der Haut- und Organknoten. Die Annahme einer metastatischen Entstehung wird abgelehnt, da hierzu auch solche Beobachtungen wie das Auftreten großzelliger Partien mit reichlichen Mitosen, örtlich destruierendes Wachstum und insbesondere ausgebreitete Gefäßwandinfiltration mit stellenweiser Zerstörung der Elastika und Einbruch in das Gefäßlumen nicht genügt. Es handelt sich vielmehr um die klassische Form der Mycosis fungoides, die eine chronisch spezifisch granulomatöse Erkrankung darstellt. Ihre Lokalisationen in den inneren und Hautorganen ist voneinander unabhängig. Alle Herde entstehen auf gleiche Weise und autochthon.

Zur Pathologie und Klinik der Sarkoide. Histologischer Nachweis der Einwirkung von Röntgenstrahlen auf diese Geschwulstart, von W. Joseph, Josephs Haut-Polikl. Berlin. S. 324—328. Bei einem 29jähr. Pat. traten scharf umgrenzte bräunlich-bläuliche schmerzlose, zu Linsen- bis Pflaumenkerngröße anwachsende Tumoren auf. Histologisch fand sich kleinzellige Infiltration und Anhäufung von Spindelzellen. Kein infiltrierendes Wachstum. Struktur der Kutis erhalten. Durch Röntgenbestrahlung verhältnismäßig rasche Involution. Die mikroskopische Untersuchung stellt narbig-atrophische Regeneration fest.

Die Hautnerven. A. Die Langerhans-Zelle (L.-Z.), von C. Kreibich, Deutsche Hautkl. Prag. S. 329—344. Die Meinung über die Natur der L.-Z. ist auch heute noch geteilt. Da die L.-Z. pigmenthaltig ist, so handelt es sich um die Frage, ob sie ein Melanoblast ist, der aus der Basalzelle hervorgeht. Wie die Goldfärbung, mit welcher die L.-Z. zuerst dargestellt wurde, so deckt auch die Rongalitweißmethode Verbindungen der L.-Z. mit Nervenfasern auf. Es gibt aber auch freie L.-Z., bei denen eine solche Verbindung nicht nachweisbar ist. Im Gegensatz zur Goldmethode, die keinen Einblick in die Kutis gestattet, zeigt die Rongalitweißfärbung, daß L.-Z. durch Nervenfasern mit Schwannschen Zellen der Kutis zusammenhängen. Außerdem aber ergeben noch Bilder aus pathologisch verändertem Gewebe Narben aus der Umgebung von Ulcus cruris und von nässenden Plaques einer Mycosis fungoides. Dieses (ein Vorkommen in der Kutis) spricht dafür, daß die L.-Z. von hier aus in das Epithel einwandern. Ihre Beziehungen zum Nervensystem rechtfertigen die Bezeichnung Neurozyt und Neurodendrit. Es widerspricht nicht ihrer Natur, daß sie Pigment enthalten.

Über Hopfendermatitis, von R. Lewith, Deutsche Hautkl. Prag. S. 345—351. Fälle dieser Art waren bisher nur aus der englischen Literatur bekannt. Die Pat.

Digitized by Google

waren Hopfenpflücker. Die Überempfindlichkeit ist sowohl gegen Hopfenmehl als auch gegen die Blütenblätter gerichtet. Sie ist monovalent (nur gegen Hopfen bestehend). Die sensibilisierende chemische Substanz wirkt durch äußeren Kontakt ein, da per os keine Wirkung erzielt wurde. In allen Fällen begann das Ekzem an den Händen und im Gesicht. Nur in einem Falle trat auch Ausbreitung über den Körper ein. Erklärungsversuche. Deutung der Reaktionsbilder.

Über Wasserverschiebung in der Haut unter physiologischen und pathologischen Bedingungen, von H. Königstein, Pharm. Inst. Wien. S. 352—367. Die an Meerschweinchen unternommenen Versuche führten zu folgenden Ergebnissen. Nach Entfernung der Schilddrüse sinken die Wasserwerte der Kutis unter die Norm, während in der Subkutis eine relative Wasseranreicherung stattfindet. Wasser- und Kochsalzwerte stimmen recht häufig überein. Die Haut operierter Tiere zeigt gewisse Eigenschaften, erhöhte Quellungsfähigkeit in verdünnter Salzsäure, höhere Gesamtstickstoffwerte (herabgesetzter Stoffwechsel), Herabsetzung der Resorptionsfähigkeit z. B. für eine Natriumjodidlösung; die Heilungstendenz ist verzögert oder aufgehoben und das Haarwachstum hört auf. Bemerkenswerterweise bestehen im Blute und in den inneren Organen zwischen thyreoidektomierten und nichtoperierten Tieren bezüglich der Wasserwerte keine Unterschiede. Läßt man die Tiere eine Woche dursten und hungern, so verliert die Haut 9%, die Muskulatur 1,7% und das Blut 8% des anfänglichen Wasserwertes. Herabsetzung der Temperatur läßt den Wassergehalt ansteigen. Bei künstlicher Erhöhung der Eigenwärme verliert die Haut etwa 10%, Muskulatur 2% und Blut 3%. Nephrektomie bedingt Hydrämie und geringe Zunahme des Muskelwassers, während die Haut Wasser abgibt. Eine intraperitoneale Flüssigkeitszufuhr ändert an diesem Verhalten nichts. Blutentziehungen führen zu Hydrämie bei starkem Wasserverlust der Haut (72%). Versuche an Hunden zeigen, daß eine Entfernung der Epithelkörperchen zu Wasserverlust führt, nicht aber die der Schilddrüse. Wurden beide Drüsen entfernt, so war der Erfolg der gleiche wie beim ausschließlichen Epithelkörperverlust.

Der Stand der Alkalireserve im Blute bei Syphilis- und Hauttuberkulosekranken, mit gleichzeitiger Untersuchung des Einflusses des vegetativen Systems, von St. Ostrowski, Univ.-Hautkl. Lemberg. S. 368—381. Die Untersuchungen ergeben, daß sowohl die Syphilis als die Hauttuberkulose keine nennenswerten Verschiebungen in der Alkalireserve des Blutes hervorrufen. Mit der Erkrankung des Organismus kommt es zu Störungserscheinungen nur in umschriebenen Teilen gewisser Systeme. Die übrigen Funktionen des Organismus bleiben dagegen im unveränderten, scheinbar wenigstens normalen Zustande, so auch das Aziditätsalkaligleichgewicht. Syphilis und Tuberkulose dürften nur an sich funktionelle Verschiebungen in der Spannung des vegetativen Systems bedingen. Erst nach schweren organischen Läsionen kann es zu einer Störung der chemischen Wirtschaft und der Alkalireserve kommen. Ihre Ursache braucht nicht das spezifische Virus zu sein, es kann sich auch um eine Degeneration handeln.

Beiträge zur Histologie der experimentellen Kaninchensyphilis, von H. Salomon. Pathol. u. Hygien. Inst. Freiburg i. Br. S. 382—409. Die zu den Versuchen verwendeten Kaninchen wurden teils intratestikulär, teils intravenös geimpft. Bei diesen ergab die Untersuchung am Primäraffekt, Hoden und Nebenhoden, daß die anfänglich entstandenen spezifischen Veränderungen im Laufe der Beobachtungszeiten starke Umwandlungen in Gestalt exsudativer und produktiver Prozesse erfahren, um schließlich zu vernarben oder zu regenerieren, wobei noch funktionelle Störungen bleiben können (Hemmung der Spermatogenese). Die Veränderungen an den inneren Organen sind verschieden. Bei intratestikulär Geimpften betrafen sie die Leber. Hier werden mehrmals lymphozytär-plasmazelluläre Infiltrate im interstitiellen Gewebe gefunden und in ihnen bei zwei Fällen Syphilisspirochäten, die schon andererseits beobachtete Knötchenform nur in einem Falle. Bei intravenöser Injektion fanden sich dagegen Veränderungen in der Lunge, interstitielle Granulome bis zum Übergang in die interstitielle diffuse Infiltration im Sinne einer Pneumonie. Positiver Spirochätenbefund. Bemerkenswert ist, daß in allen Fällen an der Milz der Tiere eine hochgradige Hämosiderose nachweisbar ist.

Zur Methode der Erforschung psychogener Dermatosen, von W. Th. Sack-Baden-Baden. S. 410—420. Die menschliche Haut ist ein besonders geeignetes Beobachtungsfeld zur Erforschung der auf ihr unter psychischem Einfluß entstandenen Veränderungen. Die Aufdeckung des neurotischen Mechanismus ermöglicht eine Psychotherapie.

Über lokal verschiedene Allergie bei Pilzerkrankungen, von Fr. Kogoj, Hautkl. Zagreb. S. 421—427. Nach einer Erstimpfung wurden Sekundärinfektionsstellen in

Digitized by Google

verschiedenen Abständen vom Primärherd angelegt. Es zeigt sich, daß die allergische Reaktion lokal verschieden ausfällt. Während sie in der Umgebung des Primärherdes gleich Null ist, nimmt sie mit der Größe der Entfernung gradweise zu. Das die allergischen Erscheinungen verursachende Agens breitet sich nicht bloß auf dem Blutwege, sondern auch direkt auf dem Hautweg exzentrisch aus. Diese Beobachtung spricht für den zellulären Ursprung der gewebsumstimmenden Kräfte.

Röntgenhypersensibilität der Haut und Überempfindlichkeitskrankheiten, von L. Haas-Budapest. S. 428—433. Röntgenhypersensibilität der Haut ist nicht selten (Basedow, Pruritus, Lichen Vidal, Psoriasis, Seborrhoe, Rhinitis vasom., Ekzem, Asthma, Urtikaria und Dermographia fact.). Bei Fällen dieser Art finden sich teilweise gleichzeitig endokrine Störungen oder auch Überempfindlichkeitskrankheiten bzw. Idiosynkrasien. Die Feststellung der Röntgensensibilität verlangt die Berücksichtigung gewisser vorausgehender Schädigungen (Licht-, Wärme-, Salbenbehandlung usw.) Auch die Außentemperatur erhöht die Reaktionen. Bemerkenswert ist, daß verschiedene Körperteile bedeutende Sensibilitätsdifferenzen aufweisen.

Zur Züchtung und Lebensdauer des Gonokokkus, von E. Kadisch und S. W. Ruan, Hautabt. d. Krkh. Charlottenburg. S. 434—443. Bei der Herstellung von Nährböden ist der Grad von Alkalität und Feuchtigkeit bedeutungsvoll. Für die Züchtung des Gonokokkus eignet sich ein dem Levinthalschen Boden ähnlicher, der aus Pferdeblut hergestellt eine Agarkonzentration zwischen 1,3 bis 1,85 aufweist. Die höhere Konzentration wird für Abimpfungen, die schwächere für Reinkulturpassagen verwendet. Durch Berücksichtigung der Wasserstoffionenkonzentration wird die Alkalität eingehalten ($p_H = 7{,}4$). Die Lebensdauer des Gonokokkus an feuchten Schwamm- und Holzstücken kann bei Zimmertemperatur 24 Stunden betragen, sowohl in Kulturflüssigkeit als in Leitungswasser. Bei Eintrocknung erlischt die Züchtungsmöglichkeit nach 3—4 Stunden.

Psoriasis und Thymus, von K. Schreiner, Hautkl. Graz. S. 444—454. Als Präparat wird ein Thymusextrakt verwendet, der von den chemisch-pharmazeutischen Werken des Landes Steiermark hergestellt wird. Die Wirkung des Präparates scheint spezifisch zu sein, obwohl nur ein gewisser Prozentsatz der Fälle anspricht. Heilungen traten hauptsächlich bei ausgedehnter Psoriasis ein, wobei es gleichgültig ist, ob sie schon längere Zeit besteht oder nicht. Bei Kindern scheinen die Resultate nicht so günstig wie bei Erwachsenen. Hier sind sie besser als bei der Röntgenbehandlung der Thymus, und zwar sowohl bezüglich der Heilungen als der Rezidive. Bei der Behandlung wird mit einer Konzentration des Extraktes von 1 : 1 begonnen und allmählich bis zu einer solchen von 1 : 4 angestiegen; die optimale Injektionsmenge liegt zwischen 10 bis 20 ccm. Die intramuskulären Injektionen werden gut vertragen. Bei 6 Kindern werden 1 Heilung, 2 Besserungen und 3 Versager beobachtet. Bei ausgedehnter Psoriasis zeigen 23 Frauen 5, 12 und 5; 25 Männer 10, 11 und 4; bei inveterierter Psoriasis die einen 0, 2 und 4, die anderen 2 Heilungen, 2 Besserungen und 3 Versager. In allen, auch bei den nicht geheilten Fällen, trat stets eine deutliche Reaktion bzw. Beeinflussung auf.

„Retikulierte" Vitiligo. (Kasuistischer Beitrag zur Vitiligofrage), von R. Christoph, Hautabt. d. Allerheiligenh. Breslau. S. 456—462. Zwei Fälle zeigen eine Abart der Vitiligo, wobei eine spitzentuch- oder netzartige Zeichnung hervortritt, indem innerhalb der weißen Herde punktförmige bis stecknadelkopfgroße Pigmentflecke sich vorfinden, die an die Follikel gebunden sind und wobei die Ausdehnung des Pigmentes um die Follikel verschieden groß sein kann. Die Entwicklung dieser Form läßt sich so auffassen, daß entweder eine Restitution des Pigmentes von den Follikeln aus vorliegt, oder daß es sich um eine unvollendete Vitiliginisierung handelt.

Hämatogene Dermatomykosen nach subkutaner und intramuskulärer Infektion, von Fr. Kogoj, Hautkl. Zagreb. S. 463—475. Die subkutane Injizierung von Aufschwemmungen mit Achorion Quinkeanum erzeugt in der Haut Knoten, über denen selbst beim Durchbruch des Inhaltes niemals Pilzherde auftreten (lokale Immunität). Dagegen entwickeln sie sich an gereizten und verletzten Stellen der übrigen Hautdecke, an welche die Pilze nur auf dem Wege der Blutbahn gelangen können. Durch eine intramuskuläre Applikation desselben Materials werden an in gleicher Weise behandelten Hautstellen ebenfalls Dermatomykosen hervorgerufen. Damit ist die Möglichkeit einer hämatogenen Verschleppung der Pilze gegeben, auch wenn sie nicht auf direktem Wege ins Blut gelangen.

Zoster und Leukämie. Ein Beitrag zur Kenntnis des symptomatischen Zoster, von H. Freund, Univ.-Hautkl. Berlin. S. 476—489. Der Fall betrifft eine

Digitized by Google

57jähr. Frau. Befallen ist das Gebiet des Occipitalis major und minor, des Auricularis magnus und der Zervikales II und III. Neben dem in diesem Terrain entwickelten Zoster fällt am übrigen Körper die Entwicklung von pemphigusähnlichen Blasen und von Petechien auf (Generalisation). Außerdem bestand eine lymphatische Leukämie (Blutbild und Lymphdrüsenschwellung). Eine komplizierende Bronchopneumonie führte zum Exitus letalis. Die Sektion konnte Beziehungen der Leukämie zur Entstehung des Zoster aufdecken. Im Gebiete des 3. Zervikalganglions fand sich im periganglionären Fett- und Bindegewebe ein großes Hämatom, welches anscheinend schon längere Zeit bestanden hatte. Diese Blutung ist als direkte Folge der bestehenden Leukämie bzw. als leukämische Blutung aufzufassen. Kleinere Blutungen in der 4. Hinterwurzel und in der Lendenmarkspia. Im befallenen 3. Zervikalganglion Ganglienzellschäden, Anhäufung von Rundzellen, die als gewucherte Kapselzellen aufzufassen sind, und Vermehrung der Schwannschen Zellen. Entzündliche und teilweise degenerative Veränderungen im Rückenmark. Hierbei bemerkenswert ein umschriebener myelitischer Herd in Höhe des 2. und 3. Zervikalsegmentes im Seitenhorn, der einer Erkrankung der spinalen sympathischen Bahnen entspricht. Die untersuchten Halsganglien ließen, abgesehen vom Hämatom, keine quantitativen Unterschiede zwischen rechts und links erkennen, was dafür spricht, daß die Erkrankung des Spinalganglions nur als eine Vorbedingung der Zosterentstehung zu betrachten ist. Demnach ist auch bei symptomatischem Zoster eine Beteiligung eines besonderen Zostervirus nicht auszuschließen.

Ein Beitrag zur Forschung über die Dermatophytenflora der ungarischen Tiefebene, von K. v. Berde und S. v. Szentkirályi, Hautkl. Szeged u. Elisabethkrkh. Hódmezövásárhaly. S. 490—492. Im Gegensatz zu anderen Teilen Ungarns findet sich im Gebiet zwischen Theiss und Maros ein auffallend seltenes Vorkommen von Pilzerkrankungen (vollständiges Fehlen des humanen Typs von Trichophyton und Mikrosporon). Die Ursache wird in günstigen Lebensbedingungen der Bevölkerung, die im wesentlichen aus Landwirten besteht, gefunden und in dem Umstand, daß eine Proletarierschicht, die in großen Städten den Boden für die Verbreitung der humanen Typen abgibt, ganz fehlt. H. Vörner-Leipzig.

The Urologic and Cutaneous Review

1928, Bd. 32, Nr. 3

Pure Culture of the Tubercle Bacillus for Early Diagnosis of Renal Tuberculosis (Reinkultur des Tuberkelbazillus zur frühzeitigen Diagnose der Nierentuberkulose), von J. v. Mandel-Brünn. S. 137. Die chronische einseitige Nierentuberkulose kommt auf dem Wege des Blutstromes zustande; ihre Behandlung muß eine chirurgische sein. Um sie erfolgreich ausführen zu können, ist frühzeitige Diagnose erforderlich, wofür sich das Kulturverfahren nach Löwenstein als sehr geeignet erwiesen hat.

Tumours of the Kidney Pelvis (Geschwülste des Nierenbeckens), von F. Legueu-Paris. S. 140.

Tuberculosis of the Kidney (Nierentuberkulose), von E. Hess-Erie, Pa. S. 143.

The Sphincter Muscle of Diverticula (Der Sphinktermuskel der Divertikel), von K. Bohringer-Dresden. S. 149. Die Frage nach dem Bestehen einer besonderen Sphinktermuskulatur bleibt noch offen. Die im übrigen normale Blasenmuskulatur fand sich in kreisförmiger Art um die Divertikelöffnung, jedoch keine isolierten oder im Vergleich zu den übrigen wesentlich stärkeren Muskelbündel.

A Procedure for the Removal of Hairpins and Other Long Bodies from the Bladder (Ein Verfahren zur Entfernung von Haarnadeln und anderen länglichen Körpern aus der Blase), von A. Freudenberg-Berlin. S. 151. Die Entfernung gelingt leicht, wenn nach Einführung eines geeigneten zangenförmigen Instrumentes das geschlossene Ende der Nadel durch den von der Scheide aus entgegendrängenden Finger zum Fassen gebracht wird.

Rare Foreign Bodies in the Urinary Bladder (Seltene Fremdkörper in der Harnblase), von A. Takahashi-Niigata, Japan. S. 152. Den Kern der in zwei Fällen vorhandenen Blasensteine bildete in dem einen ein Zweig von Physalis, den die Pat. wohl, um einen künstlichen Abort hervorzurufen, sich hatte in die Gebärmutter einführen wollen, in dem anderen ein Stück von einem Fischnetz.

The Conservation of the Renal Function (Die Erhaltung der Nierenfunktion), von R. L. Cowan-Detroit, Mich. S. 154.

Digitized by Google

The Sexual Neurasthenic in the Insane Asylum (Der Sexualneurastheniker im Irrenhause), von E. H. Pirkner-New York, N. Y. S. 156. Sexualneurastheniker können plötzlichen Anfällen von manisch-depressivem Irresein mit Selbstmordneigung, manischen Delirien und halluzinatorischer Verwirrtheit unterliegen. Das in den amerikanischen Irrenhäusern übliche System für die Versorgung derartiger Kranker wird als ungeeignet abgelehnt.

Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa „Hoffmann", von E. Freund-Triest. S. 159. Die Krankheit ist eine ausgesprochene Kriegserscheinung gewesen, wenn auch einzelne ähnliche Fälle schon früher beschrieben worden sind. Sie ist von der Riehlschen Melanose, die gleichfalls eine Kriegskrankheit darstellt, durch die Beschreibung von Hoffmann scharf getrennt worden. Es werden zwei Fälle der Krankheit eingehend klinisch und histologisch geschildert, die durch Teerdampf hervorgerufen waren.

Rosacea and its Treatment (Rosazea und ihre Behandlung), von R. O. Stein-Wien. S. 175. Bezüglich der Genese und der verschiedenen Formen der Erkrankung werden die allgemein bekannten Anschauungen wiedergegeben und besonders noch auf die Rosazea der Augen in ihren verschiedenen Erscheinungsformen als Blepharitis, Konjunktivitis, Keratitis (diese als marginale Keratitis, schwere subepitheliale Infiltrate und progressive korneale Entzündung ähnlich dem Ulcus rodens) hingewiesen. Bei der Behandlung Berücksichtigung intestinaler und genitaler Faktoren; zur Entfernung der angenommenen toxischen Substanz mehrmaliges Auswaschen des Organismus mit 1 Liter Normalsalzlösung nach einem Aderlaß von 150—220 ccm. Äußere medikamentöse Therapie nach den bekannten Grundsätzen; ferner Mikrobrenner, Elektrokoagulation, Höhensonne, Röntgenstrahlen. In schweren Fällen operative Behandlung.

E. Levin-Berlin.

Journal d'Urologie

1928, Bd. 25, Nr. 1

De la pathogénie et du traitement de certaines cystalgies (Über die Pathogenese und Behandlung gewisser Zystalgien), von Marion. S. 5. Zystalgien, d. h. Blasenneuralgien, die sich durch Beschwerden bei der Miktion und durch Pollakisurie zu dokumentieren pflegen, werden als Reste früherer Zystitiden bei klarem Urin beobachtet Meistens ist ihre Heilung sehr einfach. Genaue Untersuchungen des Katheterharns — Kulturverfahren — zeigen nämlich, daß die scheinbar aseptischen Urine doch eine Fülle von Bakterien enthalten. Wenige Spülungen (nicht Instillationen) mit antiseptischen Flüssigkeiten bringen Keime und Beschwerden zum Verschwinden.

A propos de 35 observations de cystalgie à urines claires chez la femme (Über 35 Beobachtungen von Zystalgien bei klarem Urin bei der Frau), von R. Dalsace. S. 7. Der Verf. gibt den genaueren Bericht zu den Darlegungen Marions. Bei 16 Fällen wurde eine Bakteriurie als Ursache der Zystalgie festgestellt. Siebenmal war sie das einzige Phänomen, neunmal fanden sich noch andere gynäkologische Krankheitszustände der Genital- oder Harnorgane, wie Lageveränderungen des Uterus oder der Adnexe, chirurgische Eingriffe am kleinen Becken, entzündliche Prozesse in dieser Gegend (Salpingitis, Krebs in der Nachbarschaft der Blase usw.), Urethritiden oder (fünfmal!) zystoskopische Blasenläsionen in der Form von Ekchymosen im Trigonum. Alle diese Fälle heilten prompt unter der von Marion vorgeschlagenen Spülbehandlung, am besten mit einer Lösung von Hg oxycyanat.

Contribution à l'étude du diabète et des opérations de chirurgie urinaire (Beitrag zum Studium des Diabetes in Beziehung zur Harnchirurgie), von J. Chiofalo. S. 11. Auch Diabetiker können bei genügender Vorbereitung operiert werden: Einstellung der Toleranz, bei Azidose Insulin, Vermeidung von Chloroform für die Narkose, nach der Operation Vorgehen wie bei drohendem Koma, d. h. Darreichung von Zucker, Wasser und Insulin für 48 Stunden. Fehlt bei dringenden Eingriffen die Zeit zur Vorbereitung des Diabetikers, so wird man eine Stunde vor der Operation 40—50 Einheiten Insulin, eine Stunde später 500 ccm Glukoseserum geben.

Étude expérimentale de la rétention d'urine (Experimentelle Studie über die Urinretention), von H. Shigematsu, Kaiserl. Univ. Kyushu (Japan), Abt. f. Derm.-Urolog. S. 16. Der Verf. hat an Hunden und Kaninchen experimentiert, denen die Harnröhre abgebunden wurde. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Interessant ist die Feststellung, daß die infolge der Ligatur der Urethra gestaute Blase nach 48 Stun-

Digitized by Google

den Urin durch ihre Wandung filtrieren läßt und im Gegensatz zu der gesunden Blase Methylenblau resorbiert.

A propos d'une observation de torsion du testicule (Über eine Beobachtung von Hodentorsion), von Pérard und Arviset. S. 22. Bericht über den Fall eines 16jähr. Mannes, bei dem sich infolge eines Traumas eine Hodentorsion mit Schwellung der betroffenen Hodensackhälfte, heftigen Schmerzen und Erbrechen einstellte. Operation. Trotz leichter Möglichkeit richtiger Lagerung Entfernung des Hodens wegen der beträchtlichen Schädigung des Organs. Normaler Heilverlauf. E. Sklarz-Berlin.

Bücherbesprechungen

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (Auf der Grundlage von Prof. Jacobis Atlas der Hautkrankheiten), von K. Zieler-Würzburg. 2. Auflage. Verlag: Urban & Schwarzenberg, Berlin 1928. Preis: RM. 65,—. Die grundsätzliche Änderung, die der ehemalige Jacobische Atlas durch Zielers Umarbeitung zu einem umfangreichen Lehrbuch für Ärzte und Studierende (640 Seiten mit 325 farbigen, 2 schwarzen Tafelbildern und 149 Textzeichnungen) erfahren hat, ist schon bei dem Referat der ersten Auflage 1924 ausführlich besprochen. Durch die schnelle Aufeinanderfolge der beiden Auflagen, durch die Übersetzung in fünf europäische Sprachen ist der praktische Wert dieses Werkes am besten gekennzeichnet. Der besondere Wert liegt in der Ausführlichkeit seines hervorragenden Tafelwerkes, die die Kompliziertheit der Morphologie der Hautkrankheiten erfordert, und in der inhaltreichen Kürze der Klinik. Sehr erfreulich sind die histologischen und bakteriologischen Zeichnungen und Übersichtsbilder, die besser als Beschreibungen zum Verständnis der Krankheit beitragen. Gegenüber der ersten Auflage ist der Atlas um einige Tafeln und um 38 schwarzweiße mikroskopische Abbildungen bereichert. Es ist ein ausgezeichnetes Lehrbuch für den Studierenden, ein Nachschlagewerk für den Praktiker, ein wertvolles Orientierungswerk für den Facharzt.

G. W. Unna-Hamburg.

Iconographia dermatologica syphilidologica et urologica, H. 1, März 1927, H. 2, Juni 1927. Acta dermatologica. Dermatol. Univ. Inst. Kyoto, Japan, herausgegeben von S. Matsumoto. Zweck dieser Ikonographie ist, wie Matsumoto in dem Vorwort sagt, Photographien von typischen, atypischen und seltenen Hautaffektionen mit besonderer Berücksichtigung von Fällen, die im Orient und in den Tropen heimisch sind, mit Beifügung eines kurzen Textes zu bringen. Ferner sollen auch die Krankheiten der Harnorgane und experimentelle Ergebnisse der Dermatologie, Venereologie und Urologie illustriert werden. Neben dem japanischen Text ist stets eine kurze Übersetzung in eine europäische Weltsprache (meist ein deutscher Text) beigefügt. Die Reproduktionen stehen auf bedeutender Höhe. Es handelt sich meist um scharfe Lichtbilder, ferner um einige sehr gute farbige Wiedergaben von Moulagen. Besonders hervorzuheben ist die Moulage des extramammären Paget an der Glans penis. Diese japanische Ikonographie schließt sich den guten europäischen Bildwerken würdig an.

P. Unna jun.-Hamburg.

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung. Herausgegeben von H. Holfelder, H. Holthusen, O. Jüngling, H. Martius. Bd. 3, 613 Abbildungen im Text. Verlag: G. Thieme, Leipzig 1928. Preis: RM. 68,—, geb. RM. 72,50. Auf nahezu 800 Seiten werden besprochen: Die Röntgendiagnostik der Nase und der Nasennebenhöhlen, die Röntgendiagnostik des Ohres, von O. Steurer-Tübingen. Röntgendiagnose der Akustikustumoren, von A. Schüller-Wien. Die röntgenologische Darstellung der Bronchien mittels Kontrastfüllung, von L. Brauer und A. Lorey-Hamburg. Die Röntgenuntersuchung der Speiseröhre, von W. Teschendorf-Köln. Über einseitigen persistierenden Zwerchfellhochstand, von J. Dillon-Moskau. Die Darmtuberkulose im Röntgenbild, von F. Fleischner-Wien. Die Röntgendiagnostik der Appendix, von V. Gottheiner-Berlin. Ergebnisse der röntgenologischen Darstellung der Gallenblase mittels Kontrastfüllung, von G. d'Amato-Hamburg, jetzt Pieto aligure (Italien). Die Diagnostik und Behandlung des Lungenecchinokokkus, von N. Stern-Saratow. Strahlenbiologie der gesunden Haut, von H. R. Schinz-Zürich und B. Slotopolsky-Frankfurt a. M. Licht- und Stoffwechsel, von A. Lippmann-Hamburg. Strahlenbehandlung des Basalfibroides, von E. Schempp-Tübingen. Die Diathermiebehandlung in der Gynäkologie, von L. Schoenholz-Düsseldorf, jetzt Freiburg. — Ref. muß es sich bei dem Umfange der einzelnen Abhandlungen ver-

Digitized by Google

sagen, mehr zu bringen als ihre Titel. Er kann dies an dieser Stelle vielleicht um so eher, als die bearbeiteten Stoffe dem Dermatologen in der Mehrzahl ferner liegen. In diesem Sinne sollen nur die zwei Beiträge „Strahlenbiologie der Haut" und „Licht und Stoffwechsel" besprochen werden. Schinz und Slotopolsky finden die Epidermis vergleichbar dem Samenepithel, welchem sie auch hinsichtlich der Radiosensibilität ähnlich ist, wenn auch die Verhältnisse keineswegs immer so klar und eindeutig sind wie bei den Hoden. Nach akuter Strahlenreaktion geht der Restitution ein Zwischenstadium regenerativer Hypertrophie der einzelnen Zellen und Vermehrung der Schichtenzahl voraus. Die Pigmentation ist als Akt reaktiver Hypergeneration nach Ablauf einer akuten Röntgenreaktion der Haut aufzufassen, beruhend wahrscheinlich auf einer Zunahme des pigmentbildenden Ferments in den Melanoblasten, d. h. in der Basalzellenschicht. Bestehen solche Pigmentierungen etwa jahrelang, so stellen sie schon einen Übergang zu den chronischen Veränderungen nach Bestrahlung dar. In der röntgenatrophischen Haut finden sich abnorme Steigerung — Hyperpigmentation — und teilweises oder völliges — Depigmentation — Daniederliegen der Funktion der Melanoblasten. Im Schichtenbau der Epidermis sind bei chronischer Röntgenveränderung der Haut folgende Möglichkeiten: 1. Verdünnung des Stratum germinativum bei normal dickem Stratum corneum oder 2. umgekehrt Verdickung des Stratum germinativum, wobei auch das Stratum corneum mehr oder minder verdickt ist (Hyperkeratose). Durch Röntgenstrahlen können Störungen der Gleichgewichtsvorgänge der Zellneubildung, der Verhornung der neugebildeten Elemente sowie der Abschilferung an der Oberfläche ausgelöst werden, welche Ursache einer Änderung der Schichtendicke sind. Bei der akuten Röntgenreaktion ist zunächst der Zellnachschub von der Matrix vermindert, das Tempo der Verhornung normal, so daß eine zunehmende Verdünnung des Stratum germinativum bei gleichbleibendem Stratum corneum resultiert. Dieses verbleibt in diesem Zustand während der Phase der Überregeneration von der Matrix aus: Verdickung des Stratum germinativum, normales Stratum corneum. Dieses Verhältnis muß, wenn es zum normalen Ausgangsstadium zurückkehrt, entweder eine Verlangsamung der Zellneubildung unter die Norm oder eine Beschleunigung der Verhornungsvorgänge über die Norm erleiden. Bei der dauernden Schädigung müssen wir annehmen, daß die regulatorischen Kräfte, die nach Ablauf der akuten Reaktion das Stratum germinativum zur alten Dicke bringen, versagen. Bei abnormer Dicke des Stratum germinativum muß bei gegebenem Gleichgewichtszustand die Proliferation der Matrix und zugleich der Verhornungsprozeß über die Norm gesteigert sein. Dieser Zustand erhöhter Teilungsfähigkeit bedeutet jedoch eine Qualitätsverschlechterung der Zellen. Dazu kommen die Folgen andersartiger Blutversorgung durch gleichzeitig bestehende Gefäßschädigungen. Sie sind ausschließlich für die Röntgenspätschädigungen verantwortlich zu machen. Die dauernd erhöhte Proliferationstätigkeit in chronisch strahlengeschädigter Epidermis leitet zum Röntgenkrebs über. Kutisveränderungen nach Röntgenstrahleneinwirkung führen als Dauerveränderungen zur Zellarmut. Während für die Röntgen- und Radiumdermatitis ausschließlich Veränderungen an der Epidermis verantwortlich zu machen sind, werden bei Röntgenspätschädigungen immer schwerste degenerative Veränderungen an den Gefäßwänden und den fixen Bindegewebszellen gefunden. In seltenen Fällen können Spätschädigungen auch ohne Trauma spontan allein durch Gefäßveränderungen auftreten. Vielleicht spielen dabei noch endogene Reize eine Rolle. Das auslösende Trauma schafft nur das Feld für eine Bakterieninvasion. Das Mausergewebe der Epidermis verdankt seine Restitutionsfähigkeit den hypothetischen Reservezellen, welche strahlenbiologisch weniger sensibel sind wie die aktiven Zellen der Epidermis und die Zellen des Dauergewebes der Kutis. Die Mausergewebe der Haarbälge und der Talgdrüsen verhalten sich wie die Epidermis, das Dauergewebe der Schweißdrüsen wie die Kutis. Unmittelbar biopositive Wirkungen der Röntgenstrahlen wurden an der Haut nur von einem Untersucher beobachtet, wofür die Autoren zur Zeit keine Erklärung wissen. Die Rötungswellen des Röntgenerythems einschließlich des Früherythems sind entzündliche Manifestationen, wofür die hypothetische Erklärung in dem Zusammenfallen der entzündlichen Schübe mit den periodischen Schwankungen der Zellteilungstätigkeit gesucht wird. Primäre Gefäßreizerscheinungen werden abgelehnt. Die Veränderung sämtlicher zelliger Elemente, insbesondere auch die der Epithelien und fixen Bindegewebszellen, sind primärer Natur, die Zirkulationsstörungen aber, die zum Teil auf primärer Strahlenschädigung der Gefäße beruhen, stellen im wesentlichen dagegen ein entzündliches Phänomen dar, sind zum Teil jenen Parenchymveränderungen koordiniert, in der Hauptsache aber subordiniert. Die „fleckweise" auftretenden Veränderungen

Digitized by Google

unter dem Einfluß der Röntgen- und Radiumstrahlen beweisen, daß die verschiedenen Zellindividuen der gleichen Schicht in einem gegebenen Zeitpunkt verschieden sensibel sind, ebenso wie sie sich auch nicht alle zugleich in derselben Stoffwechselphase befinden. Unter dem Einfluß endokriner Vorgänge können hohe (z. B. Basedow) und herabgesetzte (z. B. Myxödem) Strahlenempfindlichkeit bestehen. Auch die normale Haut zeigt Schwankungen von 10—15%, nach Miescher bis 50% je nach der Reaktionsfähigkeit des Gefäßsystems auf Entzündungsstoffe. Beim gleichen Individuum ergibt sich ein synchroner Verlauf der Erythemwellen an allen Stellen des Körpers. Bei verschiedenen Individuen treten Unterschiede im Rhythmus hervor. Die Kinderhaut ist nicht empfindlicher wie im höheren Alter, nur der Reaktionsablauf ist etwas rascher. Die Härte der Strahlen ist für den Reaktionsablauf bedeutungslos. Idiosynkrasie der Haut ist durchaus möglich, jedoch nicht erwiesen. Strahlentherapie der Haut ist überall am Platz, wo die Träger des pathologischen Geschehens teilungsaktive Zellen sind. — A. Lippmann: Licht und Stoffwechsel. Ultraviolettbestrahlung (mit wenigstens Erythemdosis) erhöht während der Dauer der Bestrahlung meist den O-Verbrauch um 5—10%. 30 Minuten nach der Bestrahlung ist der O-Verbrauch wieder im Fallen und oft schon unter die Norm gesunken. Auch beim Auftreten des Erythems und seiner Fortdauer besteht keine Vermehrung des O-Verbrauchs. Ferner führen weiter fortgesetzte tägliche Bestrahlungen mit stärkerem Erythem und später starkem Pigment zu keiner Hebung des Grundumsatzes. Wohl aber tritt noch während der Bestrahlung unmittelbar eine Zunahme desselben auf. Ob Sensibilisatoren einen Einfluß auszuüben vermögen, ist nur für (große Dosen) Jod in negativem Sinne entschieden. Die bei jeder Bestrahlung auftretenden Schwankungen — zunächst Azidose, welche Hyperglykämie bewirkt, dann Alkalose, welche den Blutzucker herabsetzt — lassen vorübergehende Beeinflussung von Diabetes möglich erscheinen. Der Cholesteringehalt und der mit ihm in ziemlich konstantem Verhältnis stehende Lezithingehalt bleiben nach längeren Bestrahlungsserien erhöht. Die eiweißspaltenden Fermente im Blut sind nach der Bestrahlung erheblich vermehrt. Sie stammen aus den zum Zerfall gebrachten Zellen. Das Eiweißmaterial wird ausgeschieden oder als Baustein für neuen Aufbau benutzt. Stärkere Bestrahlung führt zur Harnsäureausschwemmung, die Harnsäure selbst wird zum Teil weiter abgebaut. Im Mineralstoffwechsel tritt nach Bestrahlung eine gewisse Verschiebung der Kationen und Anionen im Serum, sicher eine Umstellung im Aschegehalt der Organe, verbesserte Resorption vom Darme aus für Ca und P, eine Normalisierung vorher „kranker" Werte bei der Rachitis ein. Diese tritt auf, wenn der wachsende Organismus zu wenig ultraviolette Belichtung erhalten hat. Der Organismus kann vor Ausbruch der Krankheit geschützt bzw. geheilt werden durch Vitamin D, welches mit dem Ergosterin oder einem nahen Verwandten identisch ist. Das Ergosterin muß jedoch durch kurzwelliges Ultraviolett aktiviert werden. Bei der Lichtwirkung des Organismus handelt es sich nicht direkt um eine Beeinflussung des Stoffwechsels vom Blute aus, sondern um eine indirekte Einwirkung eines in der Haut befindlichen Körpers. Nach jeder Bestrahlung (auch nach Röntgenbestrahlung) kommt es in der ersten Stunde zur vorübergehenden Erhöhung der Azidität des Blutes durch Auftreten hochmolekularer Eiweißkörper sauren Charakters. Ihr folgt schnell tagelange Alkalose. Die Säuerung des Blutes reizt das Atemzentrum. Es kommt zu einer Abdunstung der CO_2, die eine Senkung der alveolaren CO_2-Spannung bewirkt. Durch starke Baseneinschwemmung vom Gewebe her kommt es zur Veränderung im Ionengleichgewicht des Serums und so zu länger bestehender Erregbarkeitssteigerung des Atemzentrums.

J. Kottmaier-Mainz.

Eheberatung. Einrichtung, Betrieb und Bedeutung für die biologische Erwachsenenberatung, von F. K. Scheumann. Verlagsbuchhandlung Richard Schoetz-Berlin, Wilhelmstr. 10. 1928. Preis: RM. 1,40. Die Entwicklung und der Betrieb der Eheberatungsstellen wird eingehend geschildert und die in einer städtischen Beratungsstelle in Berlin verwandten Formulare werden abgedruckt. Es wird darauf hingewiesen, daß diejenigen zahlreichen Eheberatungsstellen, die sich auf Grund des Erlasses des Wohlfahrtsministers vom Februar 1926 nur mit der Beratung vor der Ehe befassen, zumeist keinen Anklang beim Publikum fanden. Deshalb wurde vom Bevölkerungsausschuß des Preußischen Landesgesundheitsrates im Mai 1927 es für wünschenswert erklärt, daß die Beratungsstellen ihr Tätigkeitsgebiet erweitern. Fr. Rosenthal-Berlin.

Moderne Kosmetik. Ein Leitfaden für Ärzte und Apotheker. Unter Mitwirkung von E. Eitner herausgegeben von A. Hartwich. Benno Konegen, mediz. Verlag, Leipzig und Stuttgart. Preis RM. 2.50. Wie der Verf. in der Einleitung betont, ist dieser Leitfaden

Digitized by Google

in erster Linie für den praktischen Arzt bestimmt. Eingriffe, die eine spezielle Ausbildung und eine komplizierte Apparatur voraussetzen, sind nur kurz erwähnt und sollen dem Facharzt überlassen werden. Der Verf. erstrebt, die Kosmetik aus den Händen der Laienbehandler dahin zu bringen, wo sie hingehört: in die Hand des Arztes. Deshalb soll jeder praktische Arzt in den Stand gesetzt werden, in einfachen Fällen den Pat. sachgemäß zu behandeln und in schwierigeren ihn an den zuständigen Facharzt verweisen zu können. Eine sehr große Anzahl (über 600) Rezepte, in allen möglichen Variationen, stehen dem Arzt zur Auswahl (vielleicht sogar zu viele und viele zu kompliziert). Es sind ferner gute Ratschläge, neben der Kosmetik der Oberfläche, die den größeren Teil des Leitfadens beansprucht, für die Kosmetik der Form enthalten sowie Verordnungen für eine Entfettungsdiät. Dem Leitfaden ist, auch mit Rücksicht auf den niederen Preis, weiteste Verbreitung zu wünschen.

D. M. Löwenstein-Bad Nauheim.

Lichtbiologie und Lichttherapie. Eine Vortragsreihe veranstaltet gelegentlich der Gründungstagung der Gesellschaft für Lichtforschung September 1927 in Hamburg, herausgegeben von H. Meyer-Bremen. Verlag: Urban & Schwarzenberg, Berlin 1928. Preis: geh. RM. 37,50. Die Vorträge, die speziell dermatologisches Interesse haben, werden einzeln referiert.

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Sensibilisations- und Desensibilisationsversuche mit U.V., von M. Juon-Lausanne, Derm. Univ.-Kl. Breslau. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 180.) Bei zahlreichen Versuchen gelang es nicht, die Sensibilisation durch Ultraviolett einer mit Ultraviolett vorbestrahlten Stelle zu erweisen. Entgegenstehende Befunde anderer Autoren dürften auf nicht einwandfreier Technik beruhen. Zum Eintritt der auch sonst schon häufig nachgewiesenen Desensibilisation bedarf es eines Intervalls zwischen Vor- und Nachbelichtung, das bei 22—24 Std. liegt. Eine gewisse Zeitdauer (Bachsche Höhensonne, ziemlich neuer Brenner, 220 Volt Gleichstrom, 60 cm Abstand, 2,5 Amp.) von 4—5 Minuten ist zur Vorbelichtung notwendig, um eine Desensibilisierung regelmäßig zu erzielen. Pigmentbildung und Desensibilisierung brauchen nicht miteinander parallel zu gehen. Die individuelle Beschaffenheit der Haut weist sehr erhebliche Differenzen auf. Außerdem ist die verschiedene Lichtempfindlichkeit selbst ganz benachbarter Hautstellen zu berücksichtigen. W. Curth-Berlin.

Ultraviolette Strahlen und Zellteilung, von T. Reiter und D. Gábor-Berlin-Siemensstadt. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 125.) An Zwiebelwurzeln wurde festgestellt, daß ein enger Wellenlängenbereich um 340 μμ stark zellteilungsfördernd wirkt. Die sonst auf die Zellteilung nicht wirkenden Strahlen zwischen 320 und 290 μμ wirken bei gleichzeitiger Anwendung der Wellen um 340 μμ hemmend bzw. aufhebend. Wachsende Gewebe haben eine wenn auch außerordentlich schwache, so doch wirksame Eigenstrahlung. Bei Bestrahlung befruchteter Froscheier und junger Kaulquappen kamen Verff. zu den gleichen Ergebnissen. Bei Tritoneiern gelang es, durch schwache Bestrahlung mit der Linie 334 μμ eine künstliche Parthenogenese zu erzeugen, die bis zum Sechzehnzellenstadium ging. W. Curth-Berlin.

Beziehungen zwischen selektiver Ultraviolettabsorption und chemischer Konstitution, von O. Behaghel, St. Rothmann und W. Schultze, Univ.-Hautkl. u. Chem. Lab. Gießen. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 110.) Beim Studium der Frage, wieso an der Stelle von intrakutanen Novokaininjektionen die Lichtentzündung nicht zustande kommt, ergab sich, daß das Novokain im Ultraviolett die „Dorno-Strahlen" selektiv absorbiert. Dieselbe Eigenschaft kommt auch jenen Verbindungen zu, die am Benzolring eine NH_2-Gruppe und in p-Stellung dazu die COOH-Gruppe enthalten. Derartige Verbindungen existieren nicht in der Haut. Wirksam sind dagegen bei der Lichtentzündung die azetonlöslichen Lipoide der Epidermis. Neben den chemischen Eigenschaften der absorbierenden Hautschichten spielen auch anatomisch-topographische Verhältnisse eine Rolle. W. Curth-Berlin.

Einfluß der Wellenlänge in der Strahlenbiologie, von K. W. Hausser-Siemensstadt b. Berlin. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 25.) Zur Bestimmung der Wellen-

Digitized by Google

längenabhängigkeit der Erythembildung entwarf H. mit Hilfe eines starken Spektralapparates ein Spektrum auf die Haut, wobei sich ergab, daß das ganze sichtbare Spektrum und das langwellige Ultraviolett wirkungslos blieben; erst kurz vor 300 μμ erfolgte ein steiler Anstieg der Wirkung, kurz hinter 300 μμ ein Abfall, bei 280 μμ ein Minimum und bei 250 μμ ein zweites sekundäres Maximum. Die starke Abhängigkeit des Sonnenbrandes von Tages- und Jahreszeit erklärt sich zwanglos, wenn man sich dazu vor Augen hält, daß das ultraviolette Ende der Sonnenstrahlung am Wintermorgen bei 315 μμ und am Sommermittag bei 295 μμ liegt. Bei Durchstrahlung abgelöster Hautstückchen ergab sich eine starke Absorption der Wellen um 280 μμ. Mit den Wellen 334 und 366 μμ gelang es erst nach stundenlanger Bestrahlung bei einer Person mit besonders empfindlicher Haut ein Erythem zu erzielen. Verf. neigt zu der Auffassung, daß es eine im Grundvorgang im wesentlichen identische charakteristische biologische Strahlenwirkung gibt, die von den kurzwelligsten Radiumstrahlen bis zum Ultraviolett mit einer wahrscheinlich quantentheoretisch bedingten Grenze bei 320 μμ reicht.

W. Curth-Berlin.

Die Abhängigkeit der lichtbiologischen Reaktionen von der Wellenlänge, von C. Sonne, Finseninst. Kopenhagen. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 45.) Beim Studium des Einflusses der Wellenlänge auf Eiweißkoagulation, Methämoglobinbildung und Bakterienabtötung fand Verf., daß das Maximum der Wirkung bei 260 μμ, also weit außerhalb des Sonnenspektrums liegt. Protoplasma zeigt infolge seines Lipoidgehaltes erst bei 280 μμ das Maximum. W. Curth-Berlin.

Zur Biologie des Ultravioletttlichts. 4. Mitteilung: Die Reaktion der menschlichen Haut auf wiederholte Ultraviolettlichtbestrahlungen (Lichtschutz), von L. Schall und H. J. Alius, Chir. Univ.-Kl. Tübingen u. Landeskrkhs. Homburg-Saar. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 769.) Welcher Unterschied besteht im Rötungsablauf zwischen der auf einmal gegebenen und der in zeitlichen Intervallen verabreichten Dosis? Einfache Summationserscheinungen bei der Einwirkung zweier Reize nach Ultraviolettbestrahlung der Haut brauchen nicht in Erscheinung zu treten, weil in fast allen Fällen die Rötungssteigerung der Steigerung der physikalischen Dosis nicht proportional ist. Mit zunehmender Zeit bleibt der verzettelte Reiz im Doppelreizversuch gegenüber dem einmaligen mehr und mehr zurück. Dieser „Schwächungseffekt" ist bereits 12 Stunden nach der Vorbestrahlung meist deutlich, nach 24 Stunden am deutlichsten zu konstatieren. Nach durchschnittlich 50 Tagen verschwindet diese Erscheinung des Lichtschutzes. Die Art der Vorbestrahlung hat einen gewissen Einfluß auf die Größe des Schwächungseffektes. Häufige, unterschwellige oder schwache Reize gewöhnen weniger als intensive, seltener gegebene oder einmalige Dosen, auch wenn die Gesamtdosis, womit die einzelne Hautstelle bestrahlt wurde, die gleiche ist. Der Grad des Schwächungsphänomens ist individuell bedingt. Das Pigment muß beim Lichtschutz eine geringe Rolle spielen, denn es konnte in der Versuchsreihe nicht nur 35 mal eine deutliche Gewöhnung beobachtet werden, sondern diese Gewöhnungsversuche ließen sich auch an einem Albino mit dem Resultat 100% anstellen, ohne daß auch nur die Spur von Pigment in der Haut nachweisbar war. Andererseits konnte 7 mal, trotz kräftigster Pigmentierung der vorbestrahlten Felder, völliges Fehlen des Abschwächungsphänomens beobachtet werden. Im Bereich des Ultravioletts scheint keine Spezifität des Lichtschutzes zu bestehen. Ganz ausgesprochen ist sie jedoch gegenüber den im elektromagnetischen Spektrum weit entfernten Röntgenstrahlen. Der Lichtschutz ist unmöglich abhängig von Veränderungen im Gesamtorganismus, die durch die Bestrahlung ausgelöst werden. Das Abschwächungsphänomen ist vielmehr eine rein lokale Gewebsfunktion. Man kann sie als Ausdruck kolloidchemischer Veränderungen im Sinne einer in der Epidermis vor sich gehenden Entquellung auffassen, durch die die Strahlendurchlässigkeit der oberen Hautschichten verringert wird, ähnlich wie bestrahlte Eiweißlösungen gegenüber unbestrahlten eine schwächende Wirkung auf erythem- wie auch hämolyseerzeugende Strahlen ausüben. Die Lichtschirmwirkung käme also nicht dem Pigment, wohl aber vorbestrahlten Eiweißsubstanzen der Haut zu. E. Kottmaier-Mainz.

Über die Wirkungen des ultravioletten Lichtes auf die Haut, von Ph. Keller, Univ.-Hautkl. Freiburg i. Br. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 152.) Zwar sollen für das Hauterythem nur die Strahlen um 300 μμ von Bedeutung sein und dementsprechend sollte Quecksilberdampflicht durch Uviolglas, das Wellen um 300 μμ nicht absorbiert, nicht abgeschwächt werden, dennoch wird aber die Wirkung auf die Haut bei Anwendung dieses Glases auf $^1/_3$ herabgesetzt. Es müssen also die kürzeren Wellen um 250 μμ mehr beteiligt sein, als man früher annahm. Bei gleichen Anfangserythemen

Digitized by Google

erzeugt kurzwelliges Licht Erytheme kürzerer Dauer als langwelliges Licht. Bei Überprüfung der Erythembreite möglichst vieler normaler Personen ergab sich, daß 33% bereits bei $^1/_4$ HSE den Erythemschwellenwert erreicht hatten, bei $^1/_2$ HSE bereits 78% (Ablesung nach 24 Stunden). Gegenüber der Behauptung, daß die Hauptwirkung des Ultravioletts auf das Blut geht, zeigt sich bei mittleren Erythemdosen im Experiment, daß die Leukozyten in den Gefäßen außerordentlich lichtgeschützt liegen. Pigment, z. B. durch Röntgenbestrahlung erzeugtes, hat keinerlei Bedeutung für den Lichtschutz der Epidermiszellen und der von ihnen ausgehenden Lichtreaktion.

W. Curth-Berlin.

Die Lichtwirkung auf den Gesunden, von C. B. Hörnicke-Hannover. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 197.) Bei trägen Personen, die von sich aus zu Körpergewichtszunahme neigen, ergibt sich die Notwendigkeit, die Dosis und Wiederholung der Bestrahlung (künstliche Höhensonne Hanau, neues Modell mit zwei Quarzbrennern und senkrechten Reflektoren, zwischen denen der Patient sich befindet) rasch zu steigern, während bei leicht erregbaren, asthenischen Individuen nur Bestrahlungen in größeren Zwischenräumen mit langsamem Anstieg der Dosis sich als günstig erwiesen. Bei Sportsleuten ließ sich erhöhte körperliche Leistungsfähigkeit nachweisen. Die negative Phase der Erythrozytenzahl, die im Winter sonst regelmäßig eintritt, blieb bei Bestrahlten aus. Bei stillenden Müttern fand sich eine günstige Beeinflussung der mit dem Kalziumverlust vorübergehenden leicht osteomalazischen Erscheinungen. W. Curth-Berlin.

Licht und Hautkrankheiten, von G. Stümpke, Städt. Krankenhs. II Hannover. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 2, S. 325.) Während einzelne Autoren neben den ultravioletten Strahlen auch den Wärmestrahlen eine Rolle bei der Lichtwirkung zuschreiben, vertritt die Mehrzahl jedoch auch heute noch den Standpunkt, daß die ultravioletten Strahlen die Hauptrolle für die therapeutische Wirkung spielen. Das Eintreten eines Erythems ist für Erzielung eines Heileffektes nicht immer erforderlich. Es ist aber nötig, die Dosierung der Ultravioletbehandlung auf eine exaktere Basis zu stellen und dazu eignet sich das Erythem. „Als Grundlage der Belichtung ist (nach Hörnicke) die Lichterythemdosis (LED) zu bestimmen, worunter diejenige Strahlendosis zu verstehen ist, die nach 24 Stunden ein soeben erkennbares, allseitig scharf abgegrenztes Erythem hervorruft." Verf. unterscheidet drei Erythemgrade: a) schwaches, soeben erkennbares; b) deutliches, zum Teil urtikarielles; c) Blasenerythem. Angabe der Dosierungen der wichtigsten für die Ultraviolettbehandlung in Frage kommenden Dermatosen.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Les rayons ultra-violets modifient-ils la pression sanguine? (Beeinflussen die ultravioletten Strahlen den Blutdruck?), von L. Garot. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 11, S. 871—872). Bei den gewöhnlich zur Anwendung kommenden Dosen scheinen die ultravioletten Strahlen bei Kindern keinen wesentlichen Einfluß auf den Blutdruck auszuüben. E. Levin-Berlin.

L'action hypotonisante des rayons ultra-violets sur le système nerveux parasympathique (Die hypotonisierende Wirkung der ultravioletten Strahlen auf das parasympathische Nervensystem), von L. Garot. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 11, S. 867—869. Nach einer einmaligen Höhensonnenbestrahlung ergab sich eine Herabsetzung des Vagustonus, die indessen nach 24—48 Stunden wieder geschwunden war. Wurden jedoch Kinder einer Kur von 10—15 Sitzungen unterworfen, so ergab sich auch hier eine Herabsetzung des Vagus in der Mehrzahl der Fälle, die um so ausgesprochener war, je höher der Vagustonus vor der Behandlung, und die noch mehrere Wochen nach den Bestrahlungen anhielt. Es läßt sich also auf diese Weise eine nachhaltige Wirkung erzielen, die sich in einer Beruhigung bei manchen Krankheitszuständen, z. B. beim Asthma, zeigt. Andererseits kann die Hypotonie des Parasympathikus eine Funktionssteigerung des Sympathikus im Gefolge haben, die sich vorteilhaft in den vegetativen Funktionen des Körpers äußert. E. Levin-Berlin.

L'influence d'une cure de rayons ultra-violets sur l'épreuve cardiaque de l'atropine (Der Einfluß einer Behandlung mit ultravioletten Strahlen auf die Atropinprobe am Herzen), von L. Garot. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 11, S. 869—970.) Einmalige Bestrahlung bewirkt schnell vorübergehende, länger fortgesetzte andauernde Herabsetzung des Vagustonus. In diesem Falle stellt sich ein neues Gleichgewicht her; es zeigt sich bei der Atropinprobe in der ersten Phase die gleiche Verlangsamung wie in der Norm, in der zweiten Phase eine allmählich eintretende maximale Tachykardie. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Die Bedeutung der Lichtmessung bei Benutzung der „künstlichen Höhensonne" in der ärztlichen Praxis, von B. Kuhlmann, Diakonissenh. Bremen. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 200.) Es wurde die Kellersche Modifikation der Meyer-Behringschen Jodmethode zur Messung bei 50 verschiedenen Quarzbrennern angewendet. Dabei fanden sich ganz außerordentliche Differenzen, die auf Unbrauchbarwerden infolge starker Beanspruchung beruhen. Nach einem halben Jahr muß jeder einigermaßen beanspruchte Brenner ausgewechselt werden. Monatliche Kontrollen mittels obiger Meßmethoden sind unbedingt erforderlich und in der Praxis durchaus ausführbar.
W. Curth-Berlin.

Über Ultraviolettdosierung bei Hautkrankheiten, von F. Thedering-Oldenburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 3, S. 602.) Die Technik der natürlichen Besonnung (Rollier-Leysin) läßt sich nicht restlos auf die künstliche mit Quarzlicht übertragen, da natürliche und künstliche Sonne verschiedene Angriffspunkte in der Haut besitzen. Rollier verfolgt das Ziel, durch täglich wachsende Ausdehnung des natürlichen Luft- und Sonnenbades eine fortschreitende Pigmentierung und am Ende vollkommene Ultraviolettfestigkeit der Haut zu gewinnen. Es ist heute Übereinstimmung darüber erzielt, daß nicht irgend ein Spektralabschnitt des Lichtes Rot oder Violett, sondern das Lichtspektrum in Gesamtheit Träger der Lichtwirkung ist. Entgegen der neueren, experimentell begründeten Ansicht, daß die Entzündung erzeugenden Strahlen nicht zugleich die pigmentbildenden sind, und daß es mindestens zweifelhaft erscheint, ob dem Pigment wirklich die Bedeutung des Ultraviolettschutzes zukommt, hält der Verf. daran fest, daß die Pigmentierung eine Schutzmaßnahme des Körpers, wenn auch nicht die alleinige, darstellt, indem bei geeigneter Technik eine Abnahme der Ultraviolettempfindlichkeit ohne entsprechende Pigmentierung Hand in Hand geht. Gerade in der Vermeidung einer stärkeren Hautrötung ebenso wie einer Pigmentierung sucht Verf. die Möglichkeit einer Anfeuerung der Hauttätigkeit innerhalb der latenten Reizzone unter Ausschluß der Angewöhnung an das Ultraviolettlicht (Ultraviolettdusche). Verf. bestrahlt mit einer Lampe, die aus einem Meter Entfernung in einer Minute eine eben sichtbare Veränderung an der Haut hervorruft. Er läßt den Pat. mit völlig entblößtem Körper sich in 100 cm Entfernung 1 Minute lang um die eigene Achse drehen. Nach 3—6 Tagen wird die gleiche Bestrahlung wiederholt. Von Woche zu Woche werden die Belichtungen länger bis zur Höchstgrenze von 4mal 1 Minute. Nie tritt ein Quarzlichtbrand ein, nur manchmal nachts ein leichtes Prickeln an den Innenflächen der Oberschenkel. Feste Regeln, wie oft solch eine „Lichtdusche" verabreicht werden soll, lassen sich nicht für alle Hautkrankheiten allgemeingültig aufstellen. Skrofulöse Hautausschläge belichtet Verf. täglich ganz kurz, Lupus und Tuberkulose gewöhnlich 2—3mal in der Woche und etwas länger.
E. Kottmaier-Mainz.

Über Ultraviolettstrahler und -filter, von F. Dannmeyer, Lichtforschungsinst. Hamburg-Eppendorf. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 69.) Es wird die Einführung einer Standard-Ultravioletteinheit mit Hilfe der Kadmiumzelle empfohlen. Die gebräuchlichen Ultraviolettstrahler werden verglichen und bei einigen wird ihre völlige Unwirksamkeit nachgewiesen. Ferner prüfte Verf. einige Glassorten auf ihre Durchlässigkeit für die verschiedenen Wellenlängen, wobei sich ergab, daß die Dicke des Glases von erheblicher Bedeutung ist.
W. Curth-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Am 25. Juni wurde im Hôpital Saint-Louis in Paris ein eigener Pavillon für Leprakranke unter Mitwirkung des souveränen Malteserritterordens eingerichtet.

Zum Präsidenten der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie wurde Dr. Lucien Hudelo gewählt.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 31 (Bd. 87) 4. August 1928

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Kiel (Direktor: Prof. Klingmüller)

Über Pseudoleukokeratose der Mundschleimhaut

Von

O. Grütz

Die nachstehenden Mitteilungen wollen nicht als das Ergebnis einer abgeschlossenen Beobachtungsreihe aufgefaßt sein — denn dazu sind sie zu spärlich und zu lückenhaft —, sondern als ein Versuch, die praktischen Dermatologen vor diagnostischen Irrtümern zu bewahren, denen wir selbst vorübergehend erlegen sind.

In der Ambulanz unserer Klinik wurde bei einem etwa 40jährigen Seemann eine eigenartige Veränderung der Mundschleimhaut beobachtet, die sich im Laufe der letzten Monate eingestellt hatte, ohne andere Beschwerden hervorzurufen als eine gewisse Taubheit und Gefühllosigkeit am harten Gaumen. Die Schleimhaut des Gaumens war grauweiß verfärbt, ihre Oberfläche zeigt eine matte, runzelige bzw. höckrig-papilläre Beschaffenheit. Beim Betasten erwies sich diese Partie derb und verdickt und schien durch eine Hyperplasie des Schleimhautepithels hervorgerufen zu sein. Nach den Seiten, den Alveolarfortsätzen des Oberkiefers und nach dem weichen Gaumen und Zäpfchen zu nahmen diese weißen Verfärbungen und Verdickungen der Schleimhaut allmählich ab und gingen schließlich ohne scharfe Grenzen in die normale bzw. entzündlich im Sinne einer Stomatitis oder Pharyngitis gerötete Schleimhaut über. Auch auf der Wangenschleimhaut in der Höhe der Zahnränder bestanden einige kleine uncharakteristische weißliche Flecken, die jedoch weder der polygonalen Felderung des Lichen noch der diffuseren Veränderung des Lupus erythematodes mucosae noch sonst einer der bekannten Schleimhautdermatosen glichen. Da die äußere Haut des Patienten völlig intakt war und keinerlei Erscheinungen einer Dermatose darbot, auch eine Lues auf Grund klinischer und serologischer Untersuchungen auszuschließen war, schwankte die Diagnose zwischen isoliertem Lichen ruber planus, Psoriasis der Schleimhaut, Leukoplakie bzw. Leucokeratosis buccalis hin und her. Der Versuch, sie durch eine Probeexzision zu klären, scheiterte ebenfalls, insofern als die histologische Untersuchung außer einer mäßigen Akanthose und Hyperkeratose des Epithels und einer geringen Infiltration in der Kutis, bei intaktem Bindegewebs- und Elastikaapparat, keine für ein bestimmtes Leiden charakteristischen Merkmale darbot. Patient gibt zu, starker Pfeifenraucher zu sein.

Digitized by Google

Kurz darauf stellte sich ein zweiter Fall der gleichen Art in der Ambulanz ein, dessen Schleimhautveränderungen am Gaumen denen der ersten Beobachtung absolut glichen. Es handelte sich um einen etwa 25jährigen Seemann, bei dem die Erscheinungen im Munde ebenfalls unmerklich und ohne Beschwerden im Verlauf der letzten Monate entstanden waren. Der Patient hatte indessen noch gleichzeitig auf dem Handrücken eine größere Anzahl von flachen Warzen, andere Hautveränderungen waren nicht nachweisbar. Da eine präzise Diagnose bei dem Schleimhautbefund am Gaumen nicht möglich war, waren wir geneigt, die eigenartig leukokeratotisch-papillären Veränderungen des Gaumens als „Verrukose der Schleimhaut" aufzufassen und sie ätiologisch den Verrucae planae des Handrückens gleichzustellen, zumal das Vorkommen papillärer Morphen auf der Genital- bzw. Mundschleimhaut gleichzeitig mit Verrucae (durae) der Hände gelegentlich beobachtet worden ist (Wiener). Auch die Beobachtungen von E. Hoffmann über Verrucosis generalisata mußten hier in Rücksicht gezogen werden. Die Tatsache, daß auch der zweite Patient wiederum ein starker Pfeifenraucher war, legte uns indessen die Frage nahe, ob es sich nicht um ein einfaches Nikotin-Reizphänomen, hervorgerufen durch starkes Rauchen, handeln könne. Wir sahen daher von jeder Therapie ab und verboten beiden Patienten lediglich das Pfeifenrauchen; mäßiges Zigarrenrauchen wurde ihnen gestattet. Nach wenigen Wochen war ohne weitere Behandlung bei beiden Patienten daraufhin die „Leukokeratosis" vollständig verschwunden und die Schleimhaut des Gaumens hatte ihre normale blaßrote Farbe und ihre Konsistenz wiedererlangt. Die flachen Warzen auf dem Handrücken des zweiten Patienten waren indessen bestehengeblieben und verschwanden erst auf eine spätere Röntgenbestrahlung.

Einmal auf die Schleimhautveränderungen aufmerksam geworden, suchten wir systematisch unter den Patienten der Ambulanz nach ähnlichen Erscheinungen und fanden sie in kurzer Zeit noch bei einem dritten Patienten, wiederum einem starken Pfeifenraucher. Auch dieser dritte Patient, der die Klinik wegen einer Gonorrhoe aufgesucht hatte und von seinen Schleimhautveränderungen im Munde kaum etwas wußte, auch keine Symptome von Lues oder irgend einer Dermatose aufwies, verlor seine Schleimhautveränderungen nach Einschränkung des Rauchens vollständig in wenigen Wochen.

Diese drei Beobachtungen sind völlig identisch in folgenden Punkten:

1. Es handelt sich in allen Fällen um Männer, die starke Pfeifenraucher waren.

2. Die Affektion umfaßt die Schleimhaut des harten und den vorderen Teil des weichen Gaumens in der Weise, daß vorn und in der Mitte die Schleimhaut gleichmäßig flächenhaft weißgrau verfärbt, verdickt und oberflächlich kreuz und quer gefältelt und dadurch gefeldert erscheint. Die Affektion ist nicht scharf begrenzt, sondern geht seitlich nach den Alveolarfortsätzen und nach hinten allmählich in die bei allen drei Fällen mehr oder minder katarrhalisch gerötete Schleimhaut über. Im ganzen ähnelt das Bild hinsichtlich der Lokalisation und Ausbreitung der Abbildung 310 im Atlas der Mundkrankheiten von Moral und Friedborg, nur mit dem Unterschied, daß in unseren Fällen eine verrukös höckrige Ober-

Digitized by Google

flächenbeschaffenheit der weißlich verfärbten mittleren Gaumenpartien sehr ausgesprochen war. (In einem Falle wies auch die Wangenschleimhaut in der Höhe des Zahnrandes weißliche unregelmäßige Flecken auf.)

3. Irgend welche Hautveränderungen am Körper in Gestalt einer wohl charakterisierten Dermatose, die zu der Schleimveränderung hätte in Beziehung gebracht werden können, waren nicht nachweisbar, das Vorhandensein von Warzen auf dem Handrücken eines der drei Patienten betrachten wir als einen reinen Zufallsbefund, der offenbar mit der Schleimhautaffektion keinen Zusammenhang hat.

4. Bei allen drei Patienten verschwand die Schleimhautaffektion nach Aussetzen des Pfeifenrauchens und Einschränkung des Rauchens überhaupt spurlos nach einigen Wochen ohne jede Behandlung und machte wieder einem vollkommen normalen Aussehen der Mundschleimhaut Platz.

Dieser letzte Punkt scheint uns für die Deutung des Prozesses von ausschlaggebender Bedeutung zu sein und unserere Auffassung zu rechtfertigen, daß man den Krankheitsprozeß als eine „Pseudoleukokeratose" bezeichnen muß, der mit der echten Leukokeratose bzw. mit Leukoplakia verrucosa wohl weitgehende Ähnlichkeit hat, aber nicht wie diese meistens progredient sich weiter entwickelnde Affektion durch die Therapie sich mehr oder weniger unbeeinflußbar zeigt, sondern auf eine einfache diätetische Maßnahme, nämlich das Aussetzen des Abusus nicotini, abheilt. Wohl ist auch bei der echten Leukoplakia buccalis der prozentuale Anteil, den die Männer und insbesondere die Raucher an dieser Erkrankung stellen, ein auffallend hoher und der provozierende Einfluß des Tabakgenusses für ihre Entstehung daher von vielen Autoren in Betracht gezogen worden; es ist aber noch niemals mit Sicherheit berichtet worden, daß bei Patienten mit echter Leukoplakie lediglich auf Einstellen des Rauchens hin das Leiden in kurzer Zeit verschwunden wäre. Unsere „Pseudoleukokeratosis buccalis toxica", wie wir die Affektion zu benennen vorschlagen, unterscheidet sich also vor allem durch ihren benignen Verlauf von den torpiden echten Leukokeratosen, die bei einer unseren Schleimhautveränderungen entsprechenden Ausdehnung in der Regel jeder Therapie spotten.

Bei Durchsicht der Literatur finden wir, daß auch einige andere Autoren ähnliche Schleimhautveränderungen der Mundhöhle gesehen und in ähnlichem Sinne wie wir gedeutet haben. Zurhelle bringt in seinem verdienstvollen Referat über isolierte Dermatosen der Mundschleimhaut noch keine Angaben, die unseren hier mitgeteilten Beobachtungen entsprechen würden, wohl aber erwähnt er die gelegentliche Beobachtung von umschriebenen Keratosen bei starken Rauchern an den Lippen („Raucherflecke, die zum Teil histologisch als präkanzerös anzusehen waren"). Unseren eignen Beobachtungen verwandter erscheinen die Mitteilungen von Tschiprout, der bei den sehr stark dem Tabakgenuß frönenden Bewohnern einer Gegend von Kleinasien außerordentlich häufig leukoplakische Veränderungen der Mundschleimhaut in Gestalt rundlicher und ovaler Herde auf der Lippen-, Wangen- und Zungenschleimhaut sah, während allerdings die hinteren Partien der Mundhöhle und des Rachens fast immer freiblieben. Tschiprout führt die Veränderungen außer auf die Reizwirkung des Tabaks an sich auch auf die mechanische

Digitized by Google

Irritation der Schleimhaut durch das unaufhörliche Saugen an den dicken Mundstücken der „Tschibuk- und Nargilehpfeifen" zurück. Auch dem Genuß gewisser Quellwässer, die einen starken Gehalt an Kalksalzen aufweisen, schreiben die dortigen Einwohner eine ursächliche Bedeutung für das Zustandekommen der leukoplakischen Veränderungen zu; TSCHIPROUT ist geneigt, eine komplexe Reizwirkung aller dieser schädigenden Faktoren als Ursache der Schleimhautveränderungen anzunehmen.

Ferner finde ich in einer Diskussionsbemerkung E. HOFFMANNS (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 26, H. 13—14, S. 659) einen Hinweis auf von diesem Autor beobachtete leukoplakische Reizerscheinung der Mundschleimhaut durch Tabak, und schließlich erkannte ich bei einem vor einigen Monaten in Hamburg auf einer Versammlung der dortigen Dermatologenvereinigung vorgestellten Fall von „Leukokeratosis der Mundschleimhaut" genau die gleichen Veränderungen wieder, die wir aus den dargelegten Gründen als eine Pseudoleukokeratosis ex abusu nicotini auffassen. Übrigens sei als Stütze unserer Auffassung von der toxischen Natur des Prozesses hier noch darauf hingewiesen, daß E. HOFFMANN auch bei seiner auf Teerwirkung beruhenden Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa eine — allerdings mehr lichenähnliche — netzige Leukokeratose der Mundschleimhaut beobachtet hat.

Literatur

ERICH HOFFMANN, Über verallgemeinerte Warzenerkrankung (Verrucosis generalisata usw.). Derm. Zschr., 1926, Bd. 48, Nr. 5, S. 241. — ERICH HOFFMANN, Über eine eigenartige Form der Melanodermie usw. Derm. Zschr., 1919, Bd. 27, S. 109. — M. TSCHIPROUT, Sur l'étiologie de certaines plaques jugales à aspect leucoplasique, observées en Asie mineure. Bull. de Soc. franc. de Derm. et Syph., 1927, S. 890. — WIENER, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., H. 6, S. 225. — ZURHELLE, Isolierte Dermatosen der Mundschleimhaut. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 21, H. 9/10.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Frankfurt a. M.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. K. HERXHEIMER)

Das Pilokarpin in der Dermatologie

Von

Dr. KURT FÜRST, Assistent der Klinik

Das Pilokarpin war in Brasilien bei den Einheimischen schon seit langer Zeit als schweißtreibendes Mittel bekannt. Im Jahre 1874 wurde es von dort nach Europa eingeführt. Es wird gewonnen aus den Blättern von Pilocarpus pennatifolius (Jaborandi).

Die pharmakologische Wirkung des Pilokarpins äußert sich in erster Linie an dem parasympathischen Nervensystem. Es wirkt auf dieses entgegengesetzt wie Atropin, also fördernd. 10—15 Minuten nach der Injektion von Pilokarpin erfolgt ein starker Schweißausbruch unter Rötung der Haut. Der dadurch hervorgerufene Gewichtsverlust kann mehrere Pfund betragen. Die Speichel- und Magensekretion wird gleichfalls enorm vermehrt. Die Pupillen werden verengt.

Digitized by Google

Über die Anwendung des Pilokarpins zur Behandlung von Hautkrankheiten können wir in der Literatur zwar hin und wieder Angaben finden, sehr häufig sind sie jedoch nicht.

Bei Prurigo und Pruritus wurde Pilokarpin schon lange erfolgreich angewandt. Martini erwähnt es 1883 gegen Prurigo. Piffard (1884) hat die Erfahrung gemacht, daß Jaborandi sich in manchen Fällen von chronischem Pruritus unbekannten Ursprungs bewährt. In Amerika wurde es von Klotz (1891) beschrieben, dem es sich bei Pruritus und anderen mit Trockenheit und Juckreiz einhergehenden Leiden nützlich erwiesen hat. R. M. Simon hat gute Resultate bei Pruritus senilis erzielt. Auch Pisko (New York) empfiehlt es 1904 gegen Prurigo.

Bei Ekzemen wurde Pilokarpin angewandt, wenn eine trockene Haut vorlag. R. M. Simon beschreibt einen Patienten mit chronischem Ekzem und intensiver, fast allgemeiner Pachydermie, der mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden war und dann mit Pilokarpin schließlich vollständig geheilt wurde. Die Behandlung war allerdings eine heroische. Der Patient erhielt 2mal täglich 0,01 Pilokarpin etwa 8 Wochen lang. Bei subakutem Ekzem beobachtete Simon dagegen keine Vorteile, ja sogar nur Nachteile.

Pisko behandelte Sklerodermie mit Pilokarpin.

Gegen Dermatitis exfoliativa universalis haben Piffard (1884) und Stephen Mackenzie (1889) Pilokarpin verwandt. Piffard berichtete über günstige Erfolge bei zwei Fällen, Mackenzie verordnete es neben Chinin und heißen Luftbädern. Ringer in London (zit. bei Piffard) empfiehlt das Medikament in kleinen Dosen von 0,002—0,003 gegen Hyperidrosis.

Mehrfach finden wir in der Literatur Angaben, daß das Pilokarpin wirksam bei Alopecia areata sei. So berichtet Helwers (1886) von der Heilung eines Falles von Alopecia areata durch Pilokarpin. Auch Pisko verordnet es gegen diese Erkrankung. Von anderen Autoren wird es überhaupt gegen Haarausfall und Kahlheit empfohlen (Bartholow 1886), da es die Sekretion aus den Talgdrüsen vermehren und dadurch den Haarwuchs fördern soll.

In einer Arbeit von Waldstein werden Versuche mit Pilokarpin bei Lupus vulgaris angestellt.

Hals hat 1892 bei zwei Kindern mit Erysipel im Alter von 2 bis 9 Jahren salpetersaures Pilokarpin subkutan so lange injiziert, bis Schweißausbruch eintrat. Auf anfänglich hohe Temperaturen bis zu 40 bzw. 40,6° und Gehirnerscheinungen folgte nach 20 bzw. 30 Stunden eine deutliche Besserung.

Bei Psoriasis sind sich im allgemeinen die Autoren einig, daß eine Wirkung mit Pilokarpin nicht zu erzielen ist (Simon, Piffard). Auch wir haben dieselben Erfahrungen gemacht.

Fall B. Philipp. Ausgedehnte Psoriasis, typisch lokalisiert. 3mal 0,01 und 3mal 0,015 Pilokarpin intramuskulär (täglich eine Injektion). Äußerlich keine Behandlung. Keine Veränderungen.

Fall Kr. Konrad. Psoriasis vulgaris. 1mal 0,003 Pilokarpin intramuskulär, 1mal 0,006 Pilokarpin intramuskulär, 2mal 0,01 Pilokarpin intramuskulär (2mal wöchentlich eine Injektion). Da kein Effekt eintrat, wurde von einer Fortsetzung der Pilokarpinbehandlung abgesehen.

Digitized by Google

Bei 7 weiteren Psoriatikern wurde ebenfalls Pilokarpin verordnet, allerdings nur in geringen Dosen von 3—5 mg. Auch bei diesen Fällen konnten keine Veränderungen beobachtet werden.

Ferner erhielt ein Patient Pilokarpin bei chronischer Urtikaria, gegen die bisher jede Therapie versagte. Er bekam je eine Injektion zu 0,003, 0,005 und 0,01. Die Behandlung wurde nicht weiter fortgeführt, da nicht die geringste Besserung eintrat. Die Richtigkeit der in manchen Lehrbüchern und Arbeiten angeführten Behauptung, daß Pilokarpin gegen Urtikaria wirksam sei, wird weiter zu prüfen sein.

Wir sehen also, daß Pilokarpin bei den verschiedensten Krankheiten versucht worden ist. Bei einigen scheint der Erfolg festzustehen, z. B. bei einigen Arten von Pruritus. Bei anderen genügen die wenigen beobachteten Fälle nicht für ein endgültiges Urteil. Negative Resultate sind fast immer bei der Psoriasis beobachtet worden.

Ein ganz anderes Anwendungsgebiet für Pilokarpin wurde von K. Herxheimer im Jahre 1913 gefunden. Es wurde von K. Herxheimer beobachtet, daß die Parapsoriasis (Brocq) auf Pilokarpin anspricht. Nach der ersten Injektion tritt mitunter eine Verstärkung des Exanthems auf (analog der Herxheimerschen Reaktion bei Lues II), nach den weiteren eine Rückbildung.

In der ersten Arbeit von K. Herxheimer und Köster sind zwei Fälle beschrieben. Bei dem einen wurde außer Pilokarpin noch Arsen innerlich und Chrysarobin und Quarzlampe äußerlich angewandt. Bei dem anderen wurde ausschließlich mit Pilokarpin behandelt. In beiden Fällen heilten die Erscheinungen ab.

Diese Beobachtung schien um so wichtiger, als bisher ein wirksames Mittel gegen die Parapsoriasis nicht bekannt war. Brocq selbst hatte 1902 noch die Parapsoriasis als eine „durch keine Therapie zu beeinflussende" Hauterkrankung bezeichnet.

Es folgten nun aus der Herxheimerschen Klinik noch weitere Beobachtungen über die Pilokarpinbehandlung der Parapsoriasis.

1914 veröffentlichte Cohen einen Fall (Übergangsform zwischen Parapsoriasis en plaques und Parapsoriasis lichenoide), bei dem allerdings die Behandlung aus äußeren Gründen abgebrochen werden mußte. Immerhin gelang es auch hier, die Parapsoriasis nahezu ganz abzuheilen.

Bei einem weiteren Fall (veröffentlicht von Weinmann 1918) von Parapsoriasis en gouttes bei einem 15jährigen Mädchen kamen geringere Dosen (nicht über 0,0075) zur Anwendung. Die Effloreszenzen heilten größtenteils ab, ohne Spuren zu hinterlassen; an anderen Stellen blieben braune Pigmentierungen zurück. An den unteren Extremitäten war die Heilung weniger weit fortgeschritten. Die Patientin wurde nach 6 Wochen als nicht mehr hospitalbedürftig entlassen.

In einer Arbeit von Löwenstein (1919) erfahren wir von der Heilung eines sicheren Falles von Parapsoriasis nach 7 Injektionen Pilokarpin (1 mal 0,005 und 6 mal 0,01).

Vor $2^1/_2$ Jahren (September 1925) wurde in unserer Klinik ein Patient behandelt, bei dem zunächst die Diagnose Dermatomykose gestellt wurde.

Es waren befallen von der Affektion die Kreuzbeingegend, Inguinalbeuge, Skrotum, in geringerem Maße auch der Unterbauch und die Brust. Es fanden sich hier scharf gegen die gesunde Umgebung abgegrenzte, gerötete und infiltrierte Hautpartien von Pfennig- bis Markstückgröße, die teilweise konfluiert waren. Sie waren bedeckt von schmutziggelben Borken, die sich leicht ablösen ließen. Keine kapilläre Blutung. Die Affektion juckte stark.

Therapie: 1%iges Salizylvaselin und 100%iger Carboterpinspiritus. Die Affektion besserte sich vorübergehand, kam aber sehr bald wieder verstärkt zum Vorschein und trotzte nun jeder äußerlichen Therapie (Borwasser, Carboterpin, Cignolin, Bromostrontiuran, Röntgenbestrahlung usw.). Die Diagnose Mykose wurde nicht aufrechterhalten, sondern

Digitized by Google

in Parapsoriasis abgeändert. Der Patient erhielt nunmehr (im Juli 1926) Pilokarpin. Nach einer Anfangsdosis von 0,005 weiter 5mal 0,01. Schon nach der ersten Injektion trat eine wesentliche Besserung ein. Die Behandlung wurde von dem Patienten, der von auswärts kam und sich die Spritzen ambulant geben ließ, nach 5 weiteren Injektionen (3mal 0,005 und 2mal 0,01) abgebrochen. Die Erkrankung, die sehr ausgedehnt war, hatte sich weitgehend zurückgebildet. Ein halbes Jahr später stellte sich der Patient wieder in der Poliklinik vor. Die Erkrankung hatte sich an Stärke ungefähr auf gleicher Höhe gehalten wie bei der Entlassung. Weitere Behandlung war aus äußeren Gründen bisher nicht möglich.

Bei Beginn dieses Jahres wurde unsere Aufmerksamkeit erneut auf Pilokarpin gelenkt, als sich in ganz kurzen Abständen mehrere Parapsoriasisfälle einstellten. Während in Frankfurt a. M. sonst die Parapsoriasis zu den seltenen Erkrankungen zählt, kamen innerhalb eines Monats 4 Patienten in Behandlung, bei denen wir die Diagnose Parapsoriasis stellten. Außerdem wurden uns noch 2 Fälle mitgeteilt, die bei anderen Ärzten in Behandlung waren.

Fall 1. Pat. W. P., geb. 16. I. 1889, Kaufmann.

Anamnese: Der Pat. hatte früher nie derartige Erscheinungen gehabt (nur am After bestand seit langer Zeit Pruritus). Beginn der jetzigen Erkrankung vor einem halben Jahr im Gesicht und auf dem Kopf. Allmählich Verschlimmerung und Ausbreitung über die Arme und den Körper. Er wurde bisher außerhalb der Klinik behandelt mit Lotio Zinci, Salben verschiedener Art, 6 Schwefelbädern. Ein Erfolg stellte sich nicht ein.

Status: Befallen von der Affektion sind der Hals, beide Arme von der Schulter abwärts bis zu den Handgelenken, Beuge- und an den Streckseiten, die Gegend um die Achselhöhlen, der Rücken, und zwar deutlich im Verlauf der Hautspaltbarkeitslinien, der Bauch, die Hüftgelenkgegend, besonders links, beide Unterschenkel, auch hier links mehr als rechts.

Die Affektion besteht teilweise aus erbsen- bis markstückgroßen Effloreszenzen, teilweise aus flächenhaften Herden von unregelmäßiger Form. Die Herde sind an verschiedenen Stellen scharf von der gesunden Umgebung abgegrenzt, an anderen Stellen gehen sie allmählich in das Gesunde über. Die Herde fühlen sich leicht infiltriert an. Sie sind gelblichrot bis lachsfarben und tragen winzige Schüppchen, die mit dem Fingernagel abgekratzt werden können, ohne daß kapilläre Blutung eintritt. Subjektiv starkes Jucken.

Diagnose: Parapsoriasis en plaques (Brocq) (= Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées). Am After Neurodermitis.

Therapie: 7. I. 1928. Äußerlich Zinkpuder. Gegen Obstipation Kissinger Wasser, später spez. Gynäkolog. F. M. B. 10. I. Pilocarpin. muriatic. 0,003 intramuskulär. 17. I. Pilocarpin. muriatic. 0,006 intramuskulär. Der Patient gibt an, daß nach der zweiten Spritze das Jucken nachgelassen habe. 19. I. Pilokarpin 0,007. Starker Schweißausbruch. 23. I. Pilokarpin 0,005. Das Jucken am Körper ist beseitigt. Die Affektion bildet sich jetzt rasch zurück. (Am After Neurodermitis. Röntgenbestrahlung 3mal $^1/_2$ ED.) 28. I. Pilokarpin 0,007. 30. I. Pilokarpin 0,01. 3. II. Pilokarpin 0.01. 7. II. Wegen Erkältung ausgesetzt. 9. II. Pilokarpin 0,011 (leichter Kollaps). Weiterbehandlung zunächst mit Zinkpuder. 23. II. Nach Aussetzen der Pilokarpinbehandlung hat sich wieder etwas Jucken eingestellt. Am Arm sind einige neue Stellen aufgetreten. Pilokarpin 0,01. Heute gut vertragen. Starker Schweißausbruch. 27. II. Pilokarpin 0,012. 1. III. Pilokarpin 0,12. 5. III. Pilokarpin 0,012. Brechreiz. 8. III. Keine Erscheinungen mehr vorhanden. 11. III. Der Pat. wurde auf dem Südwestdeutschen Dermatologenkongreß vorgestellt. 28. III. Seit 3 Wochen sind alle Erscheinungen abgeheilt, ohne irgend welche Zeichen der Krankheit hinterlassen zu haben. Kein Jucken mehr. Pat. wird als geheilt entlassen mit der Anweisung, sich von Zeit zu Zeit zur Nachuntersuchung vorzustellen.

Fall 2. Pat. F. H., geb. 29. III. 1875.

Anamnese: Nach Angabe des Pat. bestanden bereits 1918 die gleichen Erscheinungen. Es wurde damals homöopathisch behandelt mit Pulvern. Nach etwa 6 Wochen heilten die Effloreszenzen ab. Es blieben jedoch noch einige sichtbare Rückstände auf

Digitized by Google

der Haut, die erst nach einigen Monaten abheilten (angeblich im Anschluß an starke Sonnenbestrahlung).

Erst im Sommer 1927 kam der Ausschlag wieder zum Vorschein. Er heilte vorübergehend auf Salbenbehandlung und Pulver ab, brach nach einiger Zeit aber erneut aus. Der Pat. kam nun in die Poliklinik zur weiteren Behandlung.

Status am 6. II. 1928: Befallen von der Affektion sind der Rücken, die Arme und Beine (Gesicht, Brust und Bauch sind frei). Es handelt sich an den genannten Stellen um länglich ovale Plaques, deren Länge etwa 1—6 cm und deren Querdurchmesser $^1/_2$—1 cm beträgt. An den Extremitäten, die sowohl an der Beuge- wie auch an der Streckseite befallen sind, sind die Effloreszenzen mehr kreisrund. Am Rücken sind sie deutlich in Richtung der Spaltlinien der Haut gerichtet. Sie fühlen sich infiltriert an und sind etwas über das Hautniveau erhaben. Die Farbe ist rotbraunlachsfarben. An der Oberfläche sind an einigen Stellen winzige Schüppchen. Subjektiv besteht Jucken.

Diagnose: Parapsoriasis en plaques (Brocq) (Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées).

Therapie: Pilocarpinum hydrochloricum, 2mal wöchentlich eine Injektion intramuskulär. 1mal 0,005, 3mal 0,01, Jucken verschwunden, 8mal 0,012, 1mal 0,014, 1mal 0,015, 2mal 0,018, 3mal 0,02. Singultus nach jeder Injektion von 0,02. Beginn der Behandlung am 9. II. 1928. Bis zum 5. IV. 1928 ist ein Teil der Plaques abgeheilt, insbesondere an den Armen. An anderen Stellen sind jedoch noch deutliche Effloreszenzen vorhanden. Das Jucken hat bereits nach der zweiten Injektion vollständig aufgehört. Die Affektion ist gebessert, aber nicht geheilt.

Fall 3: Pat. H. N., geb. 27. IX. 1911.

Anamnese: Der Ausschlag der Pat. ist außerhalb des Krankenhauses längere Zeit als Pityriasis rosea behandelt worden, ohne daß die Affektion sich geändert hat.

Status: Befallen von der Affektion sind Stamm und Extremitäten, hauptsächlich Oberarme und Oberschenkel, Brust und Hals. Meist ovale, stecknadelkopf- bis doppelbohnengroße Papeln, die zum Teil leicht schuppen. Farbe bräunlichrot. Zahlreiche überpigmentierte Effloreszenzen. Subjektiv besteht starkes Jucken.

Diagnose: Parapsoriasis en plaques und en gouttes.

Therapie: 31. I. 1928 Pilokarpin 0,003 subkutan. 7. II. Pilokarpin 0,005 intramuskulär. 10. II. Pilokarpin 0,0075 intramuskulär. Einige neue Stellen. 14. II. Pilokarpin 0,007. Geringe Übelkeit. 17. II. Pilokarpin 0,007. Auf Brust und Rücken neue Stellen. 18. II. Pilokarpin 0,006. Keine Besserung. Pat. erscheint nicht zur weiteren Behandlung.

Fall 4. Pat. K. C., geb. 12. III. 1899, Student. Der Pat. leidet seit 1919 an einer Parapsoriasis en plaques. Er wünschte nur eine einmalige Konsultation, die Behandlung lehnte er ab.

Fall 5. Ein weiterer Fall wurde uns von Dr. Frank, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Frankfurt a. M., vor einigen Tagen zugesandt, bei dem die Parapsoriasis nach 4 Injektionen mit Pilokarpin wesentlich gebessert war.

Endlich sei hier noch ein Fall erwähnt, bei dem wir zunächst die Diagnose Parapsoriasis gestellt hatten. Diese Diagnose konnte jedoch nicht aufrechterhalten werden, sondern mußte in „Lichen ruber planus“ abgeändert werden.

Da die Behandlung bereits mit Pilokarpin eingeleitet war und die Erscheinungen begonnen hatten, sich zurückzubilden, wurde weiter Pilokarpin verabreicht. Nach 4 Wochen waren alle Effloreszenzen abgeheilt und hatten nur braune Pigmentationen auf der Haut zurückgelassen.

Der Fall wurde am 11. III. 1928 auf dem Südwestdeutschen Dermatologenkongreß während der Behandlung vorgestellt. Ob sich bei den nächsten Fällen von Lichen ruber planus, die wir nun auch nach dieser Therapie behandeln werden, die Wirkung des Medikamentes bestätigen wird, läßt sich noch nicht sagen. Es soll hier zunächst nur die Krankengeschichte wiedergegeben werden.

Digitized by Google

Pat. H. A., geb. 9. II. 1875, Straßenbahnschaffner.

Anamnese: Pat. hatte früher nie Hautkrankheiten gehabt. Der jetzige Ausschlag besteht seit 5 Wochen.

Befund am 1. II. 1928: Befallen von der Affektion sind die Arme, besonders Gelenkbeugen und Innenflächen der Vorderarme, Achselhöhlen, Bauch, Leistenbeugen, der Penisschaft, der Rücken, insbesondere die Kreuzbeingegend und die rechte Hüfte, der rechte Glutäus, die Beine.

Es bestehen an den beschriebenen Stellen stecknadelkopf- bis erbsengroße und noch größere, teils rundliche, teils längliche Papeln, die stellenweise, insbesondere in der Kreuzbeingegend, zu größeren Flächen von etwa 20 cm Durchmesser konfluiert sind. In der Gegend der Achselfalten stehen die Papeln in der Richtung der Hautspaltbarkeitslinien.

Die Farbe ist braunrot. Die Effloreszenzen tragen an der Oberfläche eine feine Schuppung, die sich kleienförmig abkratzen läßt. An den Vorderarmen bestehen vereinzelte stecknadelkopfgroße Papeln, die Glanz und zentrale Delle aufweisen. An der Außenseite des rechten Armes besteht eine Fläche mit einem Durchmesser von etwa 10 cm, die mit weißlichen Schuppen bedeckt ist. An der Peniswurzel und auf dem Penisschaft befinden sich linsengroße, teilweise netzförmig konfluierte Papeln, die an der Oberfläche weißglänzende Schuppen tragen. (Nach Angabe des Pat. sollen die Stellen am Penis erst seit zwei Tagen bestehen, jedoch ist anzunehmen, daß er die Erscheinungen vorher übersehen hat.) Keine kapillare Blutung beim Abkratzen der Schuppen. Über die Diagnose sie oben.

Therapie: 2. II. 1928 Pilocarpin. hydrochloric. 0,005 intramuskulär. 6. II. Pilocarpin. hydrochloric. 0,01, wenig geschwitzt. Vom 9. II. bis 23. II. wöchentlich 2 mal 0,012 Pilokarpin, zusammen 5 Injektionen à 0,012, danach noch 3 mal 0,01. Alle Erscheinungen heilten restlos ab. Zurück blieb an den erkrankten Stellen nur eine bräunliche Überpigmentierung.

Nachuntersucht am 26. IV. 1928. Keine krankhaften Erscheinungen. Die Überpigmentierungen bilden sich zurück.

Zur Behandlung mit Pilokarpin verschreiben wir:

Rp. Solut. Pilocarpin. hydrochloric. 0,1/10,0.
D. S. Steril pro injectione.

Hiervon injizieren wir intramuskulär zunächst eine Anfangsdosis von 0,005, dann weiter 2 mal wöchentlich 0,01. Wie aus den vorhergegangenen Krankengeschichten ersichtlich ist, begnügen wir uns aber nicht immer mit dieser Menge, sondern steigern gegebenenfalls auf 0,012, 0,015, in einem Fall bis zur Maximaldosis 0,02. (Maximaldosis pro dos. 0,02, pro die 0,04.) Wir gehen mit der Dosierung in die Höhe, wenn die Reaktion (Schweißabsonderung usw.) nur gering ist und wenn es sich um kräftige Personen handelt.

Ob wir mit dieser zweimaligen Injektion pro Woche die optimale Dosis gewählt haben, läßt sich noch nicht entscheiden. Es scheint jedoch, als sei diese Dosierung in manchen Fällen zu gering und ein häufigeres Injizieren bis 3—4 mal wöchentlich empfehlenswert. Hierüber werden noch weitere Versuche angestellt werden müssen.

Die Einwirkung des Pilokarpins äußert sich, wie bereits oben angedeutet wurde, in erster Linie in Schweißausbruch. Wir lassen daher bei ambulanter Behandlung den Patient erst die Reaktion abwarten (eventuell liegend) und geben ihm Handtücher zum Abtrocknen. Gleichzeitig tritt verstärkter Speichelfluß und nicht selten, durch die verstärkte Magensekretion, auch Brechreiz ein. Diese Erscheinungen gehören zur Pilokarpinwirkung und bilden, sofern sie nicht zu stark auftreten, keinen Grund zur Unterbrechung der Behandlung. Es ist empfehlenswert, den

Digitized by Google

Patient anzuweisen, den Speichel in eine Schale auszuspucken, da beim Herunterschlucken der Brechreiz erhöht wird.

Die Pupillen werden durch Pilokarpin verengt.

Kontraindiziert ist das Mittel:

1. bei Graviden wegen der Kontraktion des Uterus;
2. bei Asthmatikern wegen Kontraktion der Bronchialmuskulatur;
3. bei Patienten, die zu Lungenödem disponiert sind, da die Sekretion der Bronchialschleimhaut zunimmt.

Im allgemeinen ist die Anwendung des Pilokarpins durchaus ungefährlich. Die Nebenerscheinungen sind nur von kurzer Dauer und sind bei entsprechenden Verhaltungsmaßregeln leicht erträglich. Außerdem kann mit winzigen Mengen Atropin jederzeit die Pilokarpinwirkung sofort unterbrochen und aufgehoben werden.

Über den Wirkungsmechanismus des Pilokarpins auf die Hauterkrankungen ist noch nichts bekannt. Die Annahme liegt nahe, daß die Beeinflussung des Juckreizes durch die Wirkung auf den Parasympathikus herbeigeführt wird. Bei der ausgesprochenen Wirkung auf die Schweißdrüsen dürfte diesen wohl auch eine Wirkung zuzuschreiben sein. Die Vorstellung, daß durch die starke Schweißsekretion toxische Stoffe des Körpers schneller ausgeschieden werden, scheint nicht zu einer Erklärung zu genügen.

Herrmann wies auf dem Südwestdeutschen Dermatologenkongreß am 11. III. 1928 auf die Arbeit von Schade und Marchionini hin, in der von der Azidose des normalen Schweißes die Rede ist; Herrmann schließt daraus, daß die Pilokarpinwirkung gegen parasitäre Erkrankungen der Haut gerichtet ist. Es werden augenblicklich von Herrmann und mir an der hiesigen Klinik Untersuchungen zur Prüfung der aufgestellten Vermutung angestellt, um zu entscheiden, ob der Wirkung des Pilokarpins eine Veränderung des p_H-Wertes der Haut zugrunde liegt.

Literatur

1. Martini, Pilokarpin gegen Prurigo. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1883, S. 255. — 2. Piffard, Amerikanische dermatologische Arzneimittel aus dem Pflanzenreich. Mh. f. pr. Derm., 1884, Bd. 3, S. 109. — 3. Helwers, Mh. f. pr. Derm., 1886, Bd. 5, S. 506. — 4. Stephen Mackenzie, Über Dermatitis exfol. universalis. Mh. f. pr. Derm., 1889, Bd. 9, S. 183. — 5. Klotz, Pilokarpin in der Dermatologie. Mh. f. pr. Derm., 1891, Bd. 11, S. 399. — 6. Simon, Zur Verwendung des Pilokarpins in der Dermatologie. Brit. m. J., Febr. 1892. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1893, Bd. 14, S. 373. — 7. Bartholow, J. of cutan. dis. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1886, Bd. 5, S. 277. — 8. Hale, Zur Behandlung des Erysipelas durch Pilokarpin. Lemaine médicale, 1892, Nr. 60. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1893, Bd. 16, S. 543. — 9. Waldstein, Beobachtungen an Leukozyten sowie über einige therapeutische Versuche mit Pilokarpin bei der Streptokokkenangina, Lymphdrüsenerkrankungen, Tuberkulose und Lupus. B. kl. W., 1895, Nr. 17 u. 18. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1895, Bd. 21. — 10. Heuss, Die Reaktion des Schweißes beim gesunden Menschen. Mh. f. pr. Derm., 1892, S. 343 u. 400. — 11. Jacquet, Wirkung des Pilokarpins auf die glatten Hautmuskeln und die Schweißabsonderung. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1901, Bd. 32, S. 83. — 12. Hallopeau u. Vieillard, Eine noch nicht beschriebene papulo-exsudative Dermatose nach Pilokarpinvergiftung. Ann. de Derm. et de Syph., 1904, H. 3. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1904, Bd. 36, S. 503. — 13. Pisko, Allgemeinbehandlung bei Hautkrankheiten. New-York m. Mschr., Mai 1904. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1905, Bd. 40, S. 56. — 14. Herxheimer u. Köster, Über therapeutische Versuche mit Pilocarpin. hydrochlor. bei Parapsoriasis. B. kl. W., 1913, Nr. 48. — 15. Muschter, Über einen Fall von Parapsoriasis, sämtliche drei Typen in einem Fall

Digitized by Google

vereint. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 918. — 16. Weinmann, Zur Therapie der Parapsoriasis. Arch. f. Derm., 1918, Bd. 124, H. 4. (Mit ausführlicher Literaturangabe.) — 17. Löwenstein, Zur Therapie der Parapsoriasis mit Pilokarpin. Derm. W., 1920, Bd. 70. — 18. Billigheimer, Über einen Antagonismus zwischen Pilokarpin und Adrenalin. Arch. f. Path. u. Pharm., 1920, Bd. 88, S. 172. — 19. Fischer, Zur Frage der Bedeutung abnormer Hautdrüsensekrete für das pathologische Geschehen auf der Haut (Ausscheidungsdermatosen). Derm. W., 1926, Bd. 82, S. 805. — 20. Lenin, Zur Frage der Parapsoriasis. Ref. Derm. Zschr., 1927, Bd. 51, H. 1, S. 63. — 21. Schade u. Marchionini, Der Säuremantel der Haut (nach Gaskettenmessungen). Kl. W., 1928, Jahrg. 7, Nr. 1, S. 12. — 22. Fürst, Pilokarpin. Grundriß der Arzneimittellehre für die Behandlung von Hautkrankheiten. Verlag von G. Thieme, Leipzig 1928.

Aus der II. medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg (Oberarzt: Dr. C. Römer)

Beitrag zur Frage der syphilitischen Fingergelenkerkrankungen

Von

Dr. Margot Framhein in Hamburg

Mit 4 Abbildungen im Text

(Schluß)

IV. Röntgendiagnose

Röntgenologisch ist nach dem derzeitigen Stande unseres Wissens die Unterscheidung der Gelenklues von anderen Arthritiden nicht möglich. Eisler schreibt, daß die Lues im Gewande fast aller Arthritiden auftreten könne. Das Fehlen der Knochenatrophie, begleitende zirkuläre Periostitiden, Gummen in benachbarten oder anderen Knochen werden als kennzeichnend angesehen.

Wir konnten in dreien unserer Fälle Röntgenbilder erhalten (Fall 1, 2 und 4). Fall 1 und 2 boten das Bild der Arthritis def. ulcerosa ohne jede spezifische für Lues sprechende Zeichen, ein Bild, wie es durch Gelenkerkrankungen der verschiedensten Ätiologie hervorgerufen werden kann. Bei der klinischen Übereinstimmung dieser Fälle hinsichtlich der Gelenkveränderungen mit den Fällen 3 und 5 gehen wir wohl nicht fehl, wenn wir auch für die letzteren dieselben röntgenologischen Veränderungen, also einen ulzerös deformierenden Prozeß annehmen. Anders verhält sich Fall 4. Bei ihm findet sich (s. Abb. 4) eine paraartikuläre destruierende Veränderung mit Defekten in den Knochen ohne eigentliche deformierende Prozesse. Möglicherweise haben wir hier das Frühstadium des Prozesses vor uns, den in seiner vollen Ausbildung Fall 1 darstellt.

Ob es sich bei unserem 1. Fall, der neben den übrigen Gelenkveränderungen auch eine Deformierung der Wirbelsäule zeigte, um eine Spondylitis luetica simplex (nach der Einteilung von Schlesinger) handelt, läßt sich nicht sicher entscheiden. Stauchungsschmerz, nächtliche Zunahme der Schmerzen, neuralgische Beschwerden waren nicht vorhanden, es trat aber nach der antisyphilitischen Therapie ebenfalls

Digitized by Google

eine Linderung der Schmerzen in der Wirbelsäule auf. Es muß hier bei der Vermutungsdiagnose bleiben. SCHLESINGER schreibt: „Wenn der Wirbelerkrankung multiple Gelenkschwellungen oder Knochenveränderungen vorausgegangen sind oder sich gleichzeitig mit ihr entwickelt haben, deren syphilitische Natur keinem Zweifel unterliegt, so handelt es sich sehr wahrscheinlich um syphilitische Spondylitis".

Fassen wir nach dieser differentialdiagnostischen Abgrenzung noch einmal kurz zusammen, was uns für die Diagnose Gelenklues in unseren Fällen zu sprechen scheint, so sind es folgende Punkte, die uns zur Diagnose Arthrolues führten: der Nachweis der syphilitischen Infektion durch positiven Blutbefund und andere luetische Erscheinungen, die Symmetrie der Lokalisation, bei dem 1. und 4. Fall die Mitbeteiligung von Gelenken, die anderen Krankheitsprozessen kaum zukommt, die Exazerbation bei spezifischer Behandlung, bei dem letzten Fall die begleitende Periostitis am Radius, die, wenn auch unspezifischen Röntgenbefunde. Der weitere Verlauf und Erfolg der Therapie bewiesen die Richtigkeit der Diagnose.

V. Pathologische Anatomie

Pathologisch-anatomische Befunde an luetisch veränderten Gelenken finden sich nicht sehr zahlreich in der Literatur. SCHLESINGER schreibt, daß das pathologisch-anatomische Bild sehr wechseln kann, in einigen Fällen lägen nur leicht entzündliche Prozesse vor, in andern gummöse und in wieder anderen beherrschten Vernarbungsprozesse das Bild. SCHLESINGER teilte einige autoptische Befunde anderer Autoren mit. In einem Falle von COHEN ergab sich trotz jahrelanger Gelenkerscheinungen bei der Sektion nur ein Erguß ohne Mitbeteiligung der Synovia oder des Knochens. In anderen Fällen dagegen war es zu Zottenwucherungen, Gummabildungen, Knorpeldefekten gekommen. VIRCHOW schreibt über die Unterscheidung der Arthritis def. von den deformierenden Formen der Gelenklues: gemeinsamer Sitz der Erkrankung sei der Gelenkknorpel, der in gewissen Teilen schwinde. Während bei der Arthr. def. sich dieser Schwund durch Auflösung des Knorpelgewebes vollziehe, sei über den Vorgang der Veränderungen bei Lues nichts zu sagen. Er selbst habe nie Anfänge des Prozesses gesehen. Das Endresultat seien zackige, zuweilen strahlenförmige, tiefe Defekte, teilweise mit Bindegewebe erfüllt, am Rande Zottenbildung. Der Sitz dieser Defekte sei nicht an marginalen Stellen wie bei der Arthr. def., sondern mitten auf der Fläche. Auch fehle bei der Syphilis die Neubildung von Knochensubstanz an den Rändern der Knochen, Hyperostosen und Corpora mobilia.

In der älteren Literatur wird seit 1860 das Krankheitsbild der syphilitischen Fingergelenkserkrankung beschrieben. Die Weichteile, das Knochenmark, das Periost werden als Ausgangspunkt angesehen, KOCH (1890) hat als erster die „selbständige syphilitische Fingergelenksentzündung" beschrieben.

Auf Grund der Literaturangaben und unserer eigenen Überlegungen haben wir uns über unsere Fälle folgendes Bild gemacht:

Die Entstehungsweise, der Beginn mit Schmerzen und Schwellung im Gelenk spricht dafür, daß es sich um eine primäre entzündliche Er-

Digitized by Google

krankung der Synovia handelt, daß also der Prozeß von der Gelenkkapsel ausgeht. Dieses erste Stadium äußert sich durch Ergüsse, wie sie bei allen unseren Patienten bestehen. Im weiteren Verlauf greift der Krankheitsprozeß weiter um sich und es kommt zu schweren Veränderungen der Gelenkkapsel, wie sie sich durch abnorme Beweglichkeit kennzeichnet, und zur Usurierung von Knorpelflächen, die sich klinisch durch deutlich fühlbares Reiben kundgibt, auf den Röntgenbildern aber auch durch eine unscharfe Begrenzung des Gelenkspaltes deutlich erkennbar ist, und weiter können dann auch die Knochen an den Gelenkenden erkranken. Besonders deutlich zeigt der Fall 4, wie die Knochen- bzw. Knorpelveränderungen gerade an den Stellen beginnen, wo die Kapsel ansetzt. Wodurch die Unterschiede zwischen Fall 1 und 2 einerseits und Fall 4 andererseits bedingt sind, läßt sich nicht sagen, wie angedeutet, stellen die Befunde vielleicht verschiedene Entwicklungsstadien desselben Prozesses dar. Bei unserm 1. und 2. Falle ist röntgenologisch nachweisbar der Knorpel an den erkrankten Gelenken in ganzer Ausdehnung zerstört, über den Ausgangspunkt läßt sich nichts mehr sagen, bei dem 4. Fall nur an den Ansatzstellen der Kapsel, also nicht mitten auf der Fläche, wie Virchow zur Unterscheidung von der Arthr. def. schreibt, dagegen fehlt Neubildung von Knochensubstanz an den Rändern auch bei unseren Patienten. Wenn die Gelenkenden und die Kapsel zerstört sind, kann es zur Luxation kommen, äußere Momente geben wahrscheinlich die Richtung der Deviation an.

VI. Therapie

Inunktion mit Hg, Jodkali und Neosalvarsan. Alle Pat. wurden schnell beschwerdefrei; daß eine Änderung des äußeren Bildes nicht eintreten konnte, ist klar bei Betrachtung der Röntgenbilder. Die von uns u. a. gemachte Beobachtung, daß eine spezifisch-antisyphilitische Kur teils bestehende Veränderungen zum Aufflackern bringen, teils latente Herde in Erscheinung treten lassen, erfordert eine grundsätzliche Einstellung zur Frage der Therapie. Wir müssen unseres Erachtens trotz allem daran festhalten, daß als luetisch angesehene Gelenkaffektionen mit allen Mitteln der antisyphilitischen Therapie zu erfassen sind. Daß Jodtherapie allein nicht genügt, beweist uns unsere Erfahrung an Fall 1, 2, 3 und 5; auch Quecksilber und Wismut scheinen nicht zu genügen. Offenbar ist das Salvarsan bei diesen Formen besonders wirksam. Wir sind auch der Meinung, daß lokale Reaktionen und Exazerbationen nicht an der Fortführung der Kur hindern können, sondern im Gegenteil eine solche unbedingt erfordern. Schließlich scheint uns gerade für die Gelenklues eine Kombination spezifischer Kuren mit der alten Zittmannschen Therapie besonders aussichtsreich.

VII. Prognose

Die Prognose ergibt sich aus dem Gesagten und dem Verlauf unserer Fälle. Eine Restitutio ad integrum ist nicht zu erwarten, Gelenkveränderungen dieser Art, bedingt durch Kapsel- und Knochenzerstörungen, sind naturgemäß nicht zu beseitigen. Daß der Prozeß aufzuhalten ist, glauben wir aus unseren Fällen schließen zu können. Es muß aber be-

Digitized by Google

tont werden, daß immer wiederholte Kuren auch bei negativem Ausfall der WR notwendig sind.

Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich folgendes sagen:

1. Die Arthritis deformans luica ist eine spätsyphilitische Erkrankung, sie lokalisiert sich nicht selten an den Gelenken der Finger.

2. Charakteristisch scheint der Beginn mit Schmerzen, die oft bestehen bleiben, bis eine spezifische Therapie einsetzt. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kommt es an den Fingern zu Schwellungen einzelner Gelenke durch entzündliche Veränderungen in der Gelenkkapsel, zur Bildung eines Gelenkergusses, weiterhin zu Defektbildungen in den Knochenenden, von dem Ansatzpunkt der Gelenkkapsel ausgehend, oft zu Usurierung des Knorpels und des Knochens, in vielen Fällen zu Subluxationen der Gelenke und Deviation der Achse der Endglieder an den Fingern. Charakteristisch erscheint bis zu einem gewissen Grade ein rauhes Reiben bei passiven Bewegungen in den erkrankten Gelenken.

3. Die Lokalisation ist meist symmetrisch.

4. Die Veränderungen im Gelenk, wie sie röntgenologisch nachweisbar sind, sind in vielen Fällen die einer (ulzerösen) Arthritis ohne einen typischen Befund für die luetische Ätiologie.

5. Die Therapie muß eine kombinierte antisyphilitische sein. Bei derselben kommt es nicht selten zu Exazerbationen und Manifestwerden latenter Herde.

6. Gesichert wird die Diagnose Gelenklues nur durch Nachweis anderweitiger luetischer Zeichen, positive WR oder gesicherte Lues in der Anamnese, endlich bei typischem Verhalten auf die spezifische Behandlung.

Literatur

Axhausen, Über das Wesen der Arthritis deformans. B. kl. W., 1913, Nr. 7. — Axhausen, Beiträge zur Knochen- und Gelenksyphilis. B. kl. W., 1913, Nr. 51. — Bäumler, Über das Verhalten der Körperwärme. D. Arch. f. kl. Med., Bd. 9. — Bergh, Fall von gummöser Daktylitis. Arch. f. Derm., Bd. 2. — Bergrath, Syphilitische Gelenkerkrankungen im Röntgenbilde. Arch. f. Derm., Bd. 104. — Bering, Über Gelenkerkrankungen bei erworbener Syphilis. D. m. W., 1912, H. 9. — Borchard, Über luetische Gelenkentzündungen. D. Zschr. f. Chir., Bd. 61. — Bossr, Histologisches und Radiologisches zur tardiven Form der hereditären Gelenklues. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 51. — Bossr, Über Gelenkleiden auf der Basis von Geschlechtskrankheiten. B. kl. W., 1907, Nr. 43. — Brünauer und Hass, Über syphilitische Gelenkaffektionen und deren Erkennung. M. Kl., 1924, Nr. 42—43. — Cohen, Zit. nach Harttung. — Eisler, Röntgenologische Beiträge zur Diagnose der Gelenklues. M. Kl., 1924, Nr. 17. — Eschle, Beiträge zur Kasuistik der syphilitischen Daktylitis. Arch. f. kl. Chir., Bd. 36. — Freund, Die Syphilis im Röntgenbilde. Handb. d. Geschlechtskrankh., Hölder-Wien 1916. — Garré-Borchard, Lehrbuch d. Chir. — Harttung, Luetische Gelenkerkrankungen. M. Kl., 1909, Nr. 27. — Harttung, Syphilis der Bewegungsorgane. Handb. d. Geschlechtskrankh., Hölder-Wien 1916. — Heckmann, Zur Ätiologie der Arthritis deformans. M. m. W., 1909, Nr. 31. — Heine, Über die Arthrititis deformans. Virch. Arch., Bd. 260. — Herxheimer, Grundlagen der pathologischen Anatomie. — Herz, Über akuten Gelenkrheumatismus und luetische Aortitis. W. kl. W., 1916, Nr. 23. — v. Hippel, Über die Häufigkeit von Gelenkerkrankungen bei Hereditär-Syphilitischen. M. m. W., 1903, Nr. 31. — His, Krankheiten der Bewegungsorgane. v. Merings Lehrb. der inn. Med. — Holzknecht-Kienböck, Über Osteochondritis syphilitica im Röntgenbilde. Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 4. — Huzar, Über akute luetische Polyarthritis im Spätstadium der

Digitized by Google

Syphilis. W. kl. W., 1913, Nr. 33. — Ickelheimer, Über die Syphilis der Gelenke. Inaug.-Diss., München 1917. — Jordan, Beiträge zur hereditären Spätsyphilis. M. m. W., 1903, Nr. 31. — Karewski, Chirurgische Syphilis. B. kl. W., 1908, Nr. 5. — Kienböck, Zur radiographischen Anatomie und Klinik der syphilitischen Knochenerkrankungen. Zschr. f. Heilk., Bd. 23. — Koch, Die syphilitischen Finger- und Zehenentzündungen. Volkmannsche Sammlung, Nr. 359. — Köhler, Typische Röntgenogramme von Knochengummen. Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 10. — Laszlo, Chronischer Gelenkrheumatismus und Lues. Zschr. f. d. ges. phys. Ther., Bd. 28. — Lewin, Die syphilitischen Affektionen der Phalangen der Finger und Zehen. Charité-Annalen, Bd. 4. — Lücke, Die syphilitische Daktylitis. B. kl. W., 1867. — Munk, Die syphilitische Arthritis und die Arthropathie bei Tabes dorsalis. Handb. Kraus-Brugsch, Urban & Schwarzenberg-Wien 1924. — Pohlmann, Über Gelenksyphilis und serologische Untersuchungen an Gelenkpunktaten. D. Zschr. f. Chir., Bd. 182. — Rasch, Beiträge zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkkrankheiten. Arch. f. Derm., Bd. 23. — Reschke, Zur Diagnose der Gelenksyphilis. Arch. f. kl. Chir., Bd. 111. — Rimann, Zit. nach Heine. — Risel, Zur Kasuistik der syphilitischen Finger- und Gelenkaffektionen. B. kl. W., 1870. — Schlesinger, Die Arthrolues tardiva und ihre Therapie. Springer, Wien 1925. — Schlesinger, Die Erkennung chronischer spätsyphilitischer Gelenkerkrankungen. W. kl. W., 1925. — Schlesinger, Wenig beachtete, praktisch wichtige Formen der Gelenksyphilis. M. Kl., 1923, Nr. 13. — Schlesinger, Spätsyphilitische Gelenkerkrankungen in ihrer Bedeutung für die interne Klinik. M. Kl., 1924, Nr. 16. — Schlesinger, Intraartikuläre Jodnatriuminjektionen. W. kl. W., 1924, Nr. 26. — Schüller, Über syphilitische Gelenkleiden. Arch. f. kl. Chir., Bd. 28. — Schüller, Die Ätiologie der chronischen Knochen- und Gelenkentzündungen. D. Zschr, f. Chir., Bd. 14. — Strauss, Über Gelenkerkrankungen bei Spätlues. Ther. d. Gegenw., 1926, Nr. 3. — Strauss, Über Entstehung und Einteilung der chronischen Gelenkerkrankungen. D. m. W., 1926, Nr. 34—35. — Strümmer, Über die ätiologische Bedeutung der Syphilis bei chronischen Gelenkerkrankungen. M. m. W., 1910, Nr. 7. — Strümpke, Über syphilitische Gelenkentzündungen. M. m. W., 1918, Nr. 35. — Virchow, Über die Natur der konstitutionell syphilitischen Affektionen. Virch. Arch., Bd. 15. — Virchow, Über syphilitische Gelenkaffektionen. Kl. W., 1884. — Wysocki, Kasuistische Mitteilungen über Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita. Inaug.-Diss., Breslau 1910. — Wysocki, Über Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita. Arch. f. Derm., Bd. 107.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archives of Dermatology and Syphilology

1928, Bd. 17, Nr. 4

Symposium on the Teaching of Dermatosyphilology: Dermatologic Education (The Educational Background) (Über den Unterricht in der Dermatosyphilidologie: die Erziehung zum Dermatologen), von U. J. Wile-Ann Arbor, Mich. S. 451. Für alle, die sich die Dermatologie als Spezialfach wählen, hält Verf. die Kenntnis des Deutschen und Französischen für unbedingt notwendig, weil gerade von dorther die Dermatologie im wesentlichen ihre wissenschaftliche Grundlage erhalten hat und noch erhält. Die Ausbildung des Fortgeschrittenen ist schwierig, weil die Morphologie in der Dermatologie immer mehr in den Hintergrund tritt, dagegen umfassende Kenntnisse in der Chemie erforderlich sind. Die Beziehungen der Haut zum Gesamtorganismus bedürfen größter Beachtung. Bakteriologische Kenntnisse, über Allergie, Sensibilisierung sind zu verlangen, ebenso physikalische (Röntgen, Radium) und chemische Kenntnisse (Syphilisbehandlung) erforderlich. Um ein guter Syphilidologe zu werden, muß man ein guter innerer Mediziner sein.

The Training of a Dermatologist and of a Syphilologist (Die Ausbildung des Dermatologen und des Syphilidologen), von H. N. Cole-Cleveland. S. 457. Die beste

Digitized by Google

fachärztliche Ausbildung hat Deutschland. In England ist die Frage des Spezialisten noch nicht gelöst. In Frankreich wird eine mehrjährige Ausbildung an den großen Krankenhäusern gefordert. In Schweden ist die Ausbildung des Dermatologen und Syphilidologen getrennt. Der letztere bedarf einer zweijährigen Ausbildung einschließlich einer dreimonatigen poliklinischen Betätigung; der erstere muß während seiner zweijährigen Ausbildung ein halbes Jahr Röntgentherapie treiben. In Dänemark wird eine sechsjährige Ausbildung verlangt mit sechsmonatiger Ausbildung auf einer inneren Station, sechsmonatiger serologischer Ausbildung und dreimonatiger Beschäftigung mit Infektionskrankheiten. In Amerika bestehen keine festen Vorschriften. Neuerdings wird eine zweijährige Ausbildung einschließlich interner Vorbildung anerkannt.

The Teaching of Dermatology and Syphilology to the Medical Undergraduate (Die Ausbildung des Studenten in der Dermatologie und Syphilidologie), von J. H. Stokes-Philadelphia. S. 466. Dem Studenten sollen dermatologische Fälle so vorgestellt werden wie die Fälle in der inneren und in der chirurgischen Klinik. Immer soll er durch eigene Beobachtungen das wesentlichste festzustellen suchen.

Urticaria Pigmentosa (Urticaria pigmentosa), von J. F. Fraser und M. N. Richter-New York. S. 489. Klinischer Bericht über 2 Fälle, wobei in einem Fall auch das Gesicht befallen war. Die histologischen Veränderungen, die Verf. bei 11 Fällen studierte, waren im kindlichen Alter dieselben wie bei Erwachsenen. Die von Unna gefundenen Mastzellen waren immer vorhanden. Diese Mastzellen wie bei Urticaria pigmentosa findet man auch bei anderen Exanthemen, z. B. bei Arsenkeratose; sie gehören dem Bindegewebe an und sind morphologisch und genetisch von den Blutmastzellen zu unterscheiden. Sie entstehen entweder aus Bindegewebszellen oder aus Lymphozyten. Neben dem Schwinden der elastischen Fasern findet man bei Urticaria pigmentosa noch Melanin im Epithel und im Korium; letzteres liegt perivaskulär und ist infolge seiner Verteilung als normales Pigment aufzufassen.

Certain Volatile Oils and Stearoptens as Fungicides: An Experimental Study (Flüchtige Öle und fettlösliche Substanzen als Pilzabtöter: Eine experimentelle Studie), von L. B. Kingery und A. Adkisson-Portland, Ore. S. 499. Verff. brachten 20 der widerstandsfähigsten Pilzsorten mit verschiedenen pilzabtötenden Substanzen in wässeriger Lösung in Verbindung. Thymol hatte die stärkste pilztötende Kraft, während die bisher am meisten antiparasitär verwandten Mittel, wie Schwefel, Salizylsäure, Jod usw., weit hinter der Wirkung des Thymols zurückblieben.

Idiopathic Trichoclasia of Jackson-Sabouraud. Report of a Case (Idiopathische Jackson-Sabouraudsche Trichoklase. Bericht über einen Fall), von A. E. Marcoglou-New York. S. 512. 26jähr. Student. Lokalisierte Trichoklase von etwa Einhalbdollargröße mitten auf dem Kopf, die nach einem Jahre an derselben Stelle rezidivierte. Pilze konnten nicht nachgewiesen werden. Auch sonstige ätiologische Momente (Nerveneinfluß usw.) konnten nicht ermittelt werden. Völlige Ausheilung durch Quarzlichtbehandlung.

The Present State of Epidermophytosis in Europe: Results of an Inquiry Concerning Numerical Occurrence of Epidermophytosis, the Different Causative Fungi and the Various Clinical Aspects (Der gegenwärtige Stand der Epidermophytosis in Europa: Resultate einer Nachforschung über die Häufigkeit der Epidermophytosis, ihre verschiedenen Pilzerreger und ihre verschiedenen klinischen Erscheinungen), von C. L. Karrenberg-Hamburg. S. 519. Verf. bringt eine sehr fleißige Zusammenfassung aller über die Epidermophytosis bisher bekannten Erfahrungen. Im wesentlichen lassen sich als Erreger drei große Gruppen unterscheiden: 1. Epidermophyton inguinale Sabouraud, 2. Epidermophyton rubrum Castellani, 3. Epidermophyton interdigitale Priestley. Im Gegensatz zu Scholtz, der vor der Überwertung der Pilzbefunde warnt, fordert Verf. auf, so oft wie möglich auf Pilze zu fahnden, um ein einheitliches umfassendes Bild auf diesem Gebiete allmählich herauszuarbeiten.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

The Urologic and Cutaneous Review

April 1928, Bd. 32, Nr. 4

The Problem of Immunity to Syphilis in the Light of Recent Investigations (Das Problem der Syphilisimmunität im Lichte neuerer Forschungen), von W. Kolle und R. Prigge-Frankfurt a. M. S. 207. Die Immunität der Kaninchen gegen heterologe und homologe Syphilisstämme ist eine Schankerimmunität, die nur einen scheinbaren Schutz

Digitized by Google

gegen erneute Infektion darstellt. Sie verhindert zwar das Auftreten eines neuen Primäraffektes, aber nicht die symptomlose Re- oder Superinfektion. Die Möglichkeit, daß beim Menschen gleiche Verhältnisse vorliegen, ist nicht von der Hand zu weisen. Im Gegensatz zu den Tieren, die durch den voraufgegangenen Primäraffekt eine Schankerimmunität erworben haben, scheinen Kaninchen, die bei der ersten Infektion nicht mit einem Schanker, sondern mit einer symptomlosen Infektion reagieren, keine Schankerimmunität zu erlangen.

Concerning the Effect of Salvarsan Treatment in Cases of Pure Skin Tuberculosis and in Cases Combined with Syphilis (Über die Wirkung der Salvarsanbehandlung in reinen und in mit Syphilis kombinierten Fällen von Hauttuberkulose), von S. H. Beck-Pest. S. 212. Gleichzeitiges Auftreten von Syphilis und Tuberkulose bei demselben Menschen kommt vor, doch scheint keine der beiden Krankheiten eine besondere Disposition für das Auftreten der anderen zu erzeugen. Es gibt auch Mischaffektionen, in denen sich sowohl Spirochäten wie Tuberkelbazillen finden. Die Anschauung, daß die Anwendung von Salvarsan bei Tuberkulösen kontraindiziert ist, muß als abwegig bezeichnet werden; vielmehr werden sogar gewisse Fälle von Lupus vulgaris, auch ohne daß außerdem Syphilis vorliegt, durch Salvarsan sehr günstig beeinflußt. Es beruht das wahrscheinlich auf der durch das Salvarsan erzeugten allgemeinen Hyperämie und Resorption des neugebildeten pathologischen Gewebes, während die Tuberkelbazillen nicht dadurch beeinflußt werden. Gleichzeitig findet durch Salvarsan auch eine Sensibilisierung der Haut für ultraviolette Strahlen statt, wodurch die Heilung des Lupus sehr beschleunigt wird. Diese kombinierte Behandlung ist auch bei allen syphilitischen tuberkulösen Individuen mit einfachen oder kombinierten Hautläsionen indiziert, ausgenommen bei floriden Zuständen von Tuberkulose.

Azoospermie with Integrity of the Secondary Sexual Characteristics: a New Endocrine Syndrome of Probable Hereditary Syphilitic Origin (Azoospermie mit Erhaltenbleiben der sekundären Geschlechtsmerkmale: ein neues endokrines Syndrom wahrscheinlich kongenitalsyphilitischen Ursprunges), von C. Simon-Paris. S. 214. In zwei Fällen fand sich vollkommener Mangel von Spermatozoen bei normalem Befunde an Hoden, Nebenhoden und normalen sekundären Geschlechtscharakteren. In dem einen Falle war durch spezifische Behandlung eine außerdem bestehende Geschwulst am Auge zum Schwinden gebracht worden und eine Reaktivierung der Hechtschen Reaktion eingetreten, in dem anderen bestand ein gewisser Verdacht auf kongenitale Syphilis mit Rücksicht auf Tod des Vaters in jüngeren Jahren an geplatztem Aortenaneurysma. Geschlechtskrankheiten hatten beide Pat. selbst nicht gehabt. Es muß angenommen werden, daß der pathologische Prozeß das interstitielle Gewebe des Hodens nicht ergriffen hatte.

Clinical and Laboratory Observation of Sulpharsphenamine and Neoarsphenamine (Klinische und experimentelle Beobachtungen über Sulpharsphenamin und Neoarsphenamin), von S. L. Gans und E. J. Asnis-Philadelphia. S. 217. Umfangreiche statistische Untersuchungen an verschiedenen Kliniken ergaben die Tatsache, daß Reaktionen nach Salvarsanpräparaten in Fehlern in der Technik oder ungenügender Beobachtung des Pat. bezüglich der Wirkung voraufgegangener Einspritzungen beruhten, während eine primäre Toxizität des Präparates in keinem Falle gefunden werden konnte. Untersuchungen an weißen Ratten mit Einspritzungen von Neo- und Sulpharsphenamin zeigten Abweichungen von der Norm ausschließlich an Leber und Niere, jedoch nur geringfügiger Natur.

The Oral Administration of Arsenic in the Treatment of Syphilis (Die orale Anwendung des Arsens bei der Behandlung der Syphilis), von L. Lévy-Lenz-Berlin. S. 221. In Fällen, in denen sich die Anwendung des Salvarsans verbietet, kann Stovarsol (Spirozid) mit ganz gleicher Wirkung gegeben werden. Es können dabei auch die gleichen Nebenwirkungen auftreten.

Uncommon Observations in the Experimental Study of Inherited Rabbit Syphilis (Ungewöhnliche Beobachtungen bei der experimentellen Untersuchung der angeborenen Kaninchensyphilis), von P. S. Gregoriev und D. G. Jarisheva-Moskau. S. 222. Ein männliches Kaninchen mit experimenteller Syphilis belegte ein gesundes weibliches, das darauf 14 Tage vor dem normalen Termin drei tote Junge warf, von denen eins eine Mißgeburt ohne Kopf und mit verkümmerten Klauen war. Überimpfungen von Organen der Tiere und der Plazenta fielen vollkommen negativ aus; die Mutter erschien gesund mit negativer WR. Der syphilitische Ursprung der Mißbildung läßt sich nicht nachweisen, aber auch nicht ausschließen.

Digitized by Google

Ulcerous Processes on the Genitals (Ulzeröse Prozesse an den Genitalien), von G. Stümpke-Hannover. S. 228. Die syphilitischen Geschwüre können in sehr verschiedenen Formen auftreten, zu deren Diagnose oft der Spirochätennachweis erforderlich ist. Kombination mit Ulcus molle, das häufig besondere Formen aufweist; bei ihm oft uncharakteristische serologische Reaktionen. Ulcus gangraenosum und phagedaenicum sind nicht voneinander zu scheiden; es handelt sich dabei oft nicht um eine eigentliche Geschlechtskrankheit, sondern um Infektion mit verschiedenartigen Keimen. Ein Zusammenhang mit Syphilis erscheint sehr fraglich. Geschwürsbildungen infolge von Tripper sind nicht häufig. Weiche Schanker können sekundär mit Diphtherie infiziert werden und dann schlechte Heilungstendenz zeigen. Die moderne Syphilisbehandlung wird zweckmäßig durch örtliche Behandlung unterstützt; Salvarsan ist auch beim Ulcus gangraenosum sehr wirksam. Schlecht heilende Ulcera mollia (Ulcus serpiginosum, Kombination mit Diphtherie) werden durch Röntgen- und Lichtbehandlung und Proteinkörpertherapie günstig beeinflußt; auch die Vakzinebehandlung beginnt beim Ulcus molle eine Rolle zu spielen.

Technique for Intravenous Injections in Syphilis (Technik der intravenösen Einspritzungen bei Syphilis), von F. Dietel-Erlangen. S. 228. Enthält nichts Besonderes. Zu erwähnen ist nur der Ratschlag, bei paravenös geratenen Salvarsaneinspritzungen zu aspirieren und eine größere Menge physiologischer Kochsalzlösung oder $^1/_2$—1%iger Novokainlösung einzuspritzen.

Experimental Study of Superinfection in Syphilis (Experimentelle Untersuchung über Superinfektion bei Syphilis), von G. Mestchersky und S. Bogdanoff-Moskau. S. 230. Zur Klärung der Frage der Superinfektion wurden bei syphilitischen Pat. Einspritzungen in die Haut des Armes mit von Syphiliserscheinungen gewonnenem spirochätenhaltigem, in physiologischer Kochsalzlösung verdünntem Material gemacht. In einigen Fällen trat kein Erfolg ein; Schwellungen sprachen dafür, daß ein Erfolg zu erwarten war. Es zeigte sich, daß Superinfektion in allen Stadien der Syphilis einschließlich der sekundären latenten Syphilis möglich ist. Die syphilitische Natur der erzeugten Läsionen ergab sich aus ihrer Übereinstimmung mit den Erscheinungen der spontanen Syphilis, dem Schwinden auf spezifische Behandlung und der Tatsache, daß sie sich im Verlaufe einer solchen nicht entwickelten. Der klinische Charakter der Erscheinungen hängt von dem Stadium, in dem die Pat. sich befinden, und der Virulenz des inokulierten Materials ab. Ist dieses abgeschwächt, so erhält man im tertiären Stadium abortive, oberflächliche, denen des sekundären Stadiums ähnelnde Läsionen; sonst treten im sekundären Stadium sekundäre, im tertiären Stadium tertiäre Erscheinungen auf.

The Nature of the Wassermann Reaction and its Significance in Practice (Die Natur der Wassermann-Reaktion und ihre Bedeutung für die Praxis), von R. Poland-Graz. S. 238. Nichts Neues.

Experimental Researches on Syphilitic Superinfection. Phenomena of Immunity in the Syphilis (Experimentelle Untersuchungen über Syphilissuperinfektion. Immunitätsphänomene bei der Syphilis), von A. Pasini-Mailand. S. 249. In 16 Fällen wurde auf Syphilitiker verschiedener Stadien autogenes und heterogenes spirochätenhaltiges Material übertragen. In 15 Fällen trat danach eine stärkere oder geringere allergische Reaktion auf, in 10 Fällen typische spezifische Läsionen, die in ihrem Charakter dem Stadium der Syphilis der geimpften Person entsprachen. Die Superinfektion trat also in 63% der Fälle ein. Heterologes Material verhält sich bei verschiedenen Hautstellen desselben Individuums verschieden; von vorhergegangenen syphilitischen Geschwüren herrührendes Narbengewebe verhält sich gegen die Inokulation indifferent, es besteht also neben der allgemeinen Immunität eine örtliche. Die nach der Impfung folgende entzündliche allergische Reaktion ist als histogene Abwehr gegen den Parasiten aufzufassen und kann zu dessen Verschwinden führen, schließt jedoch die Möglichkeit der Entwicklung spezifischer Superinfektionserscheinungen nicht aus. Es ist auch möglich, daß die Spirochäten in den allergischen Läsionen in einem mit unseren heutigen Mitteln nicht nachweisbaren Entwicklungsstadium verharren. Die heterologe Spirochäteneinspritzung hat nicht immer unmittelbare allergische Reaktion im Gefolge, kann aber spezifische Manifestationen der Superinfektion bewirken; die durch autogene Einspritzungen hervorgerufenen allergischen Reaktionen sind leichter und vorübergehender als die durch heterologe Einspritzungen bewirkten. Spezifische Behandlung wirkt auf die experimentellen Läsionen nur mäßig und langsam und verhindert ihre Entwicklung nicht. Durch sukzessive heterologe Einspritzungen wird das Gewebe hypersensitiv und hyperreaktiv und antwortet mit progressiv stärkeren allergischen Re-

Digitized by Google

aktionen. Bei der Entstehung der Allergie spielen die retikulo-endothelialen Elemente wahrscheinlich eine Rolle.

The Oral Treatment of Early Syphilis (Die orale Behandlung der Frühsyphilis), von A. Lévy-Bing und R. Barthélemy-Paris. S. 256. Die innerliche Darreichung des Stovarsols hat keine Komplikationen im Gefolge. Die Wirkung der klinischen Erscheinungen des Primär- und Sekundärstadiums ist eine sehr gute, allerdings langsamer als bei intravenöser Salvarsanbehandlung, aber ebenso schnell wie bei intramuskulärer Anwendung von Wismut und Arsen. Die Wirkung auf den serologischen Befund entspricht nicht der auf die klinischen Erscheinungen. E. Levin-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine

1928, Bd. 21, Nr. 6

Section of Dermatology

Sitzung vom 19. Januar 1928

J. M. H. Mac Leod und G. B. Dowling: **Cultures, Preparations and Cases Illustrating the Morphology Cultural Characteristics, and Pathogenicity of the Spore of Malassez** (Kulturen, Präparate und Fälle zur Charakteristik der Morphologie, kulturellen Eigenschaften und Pathogenese der Malassezschen Sporen). S. 1073. Da der Organismus offenbar kein Bazillus ist, sollten die für ihn gebräuchlichen Bezeichnungen: Flaschen-, Ballonbazillus aufgegeben und er als Malassezsche Spore oder Pityrosporon malassezii bezeichnet werden. Der Keim zeigt eine große Pleomorphie; die Pleomorphie der Sporen unterscheidet ihn von Monilia; er gehört wie diese zu den Oosporazeen. Während auf festen Nährböden Myzelien fehlen, auf flüssigen reichlich sind, verhält sich Monilia umgekehrt. Die seborrhoische Dermatitis jeglichen Typs ist eine reine Infektion mit diesem Pilz, der unter den für ihn maßgebenden Bedingungen (Wärme, Feuchtigkeit, Schweiß) die besten Wachstumsverhältnisse findet.

F. P. Weber: **Unusual Recurrent Bullous Eruption in a Boy with Slight Ichthyosis** (Ungewöhnliche rezidivierende bullöse Eruption bei einem Knaben mit mäßiger Ichthyosis). S. 1078. Der 10jähr. Knabe zeigt seit dem zweiten Lebensjahre zweimal jährlich, im Juni und November, Bläscheneruptionen an verschiedenen Teilen des Körpers ohne Beteiligung der Schleimhäute. Beim Abheilen heftiges Jucken. An Unterarmen und Unterschenkeln, Ellbogen und Knien symmetrische ichthyosiforme Trockenheit. Es bestand zuerst Neigung, den Fall als Dermatitis herpetiformis aufzufassen, doch nähert er sich wohl eher der kongenitalen ichthyosiformen Erythrodermie mit Blasen. Mac Leod betrachtet derartige Fälle als Zwischenstufen zwischen Ichthyosis und Epidermolysis bullosa.

F. P. Weber: **Suboccipital Furrowed Scalp (the Suboccipital Type of Cutis Striata or Cutis Sulcata)** (Subokzipitale Furchenhaut [subokzipitaler Typus von Cutis striata]). S. 1079. Dicker, kurznackiger Mann mit zwei tiefen, ziemlich horizontalen Furchen von einem Ohr zum anderen.

W. J. O'Donovan: **Melanodermia and Follicular Keratosis Following Salvarsan** (Melanodermie und follikuläre Keratose nach Salvarsan). 2 Wochen nach Abschluß einer Salvarsanbehandlung Rötung und Schwellung der Beine, später Rötung am ganzen Körper, Haarausfall. Im Anschluß daran entwickelte sich ein Zustand, in dem die Haut makulöse, nicht infiltrierte schwarzbraune, kleine ovaläre Pigmentierungen und am Rumpf, oberen und unteren Extremitäten, vorn und hinten reichliche Entwicklung kleiner, farbloser, aus nicht entzündeten Haarfollikeln hervorragender verhornter Stacheln zeigte. Später wurden einige von ihnen rötlich oder hatten schwärzliche Spitzen und ließen sich wie Komedonen ausdrücken; außerdem ekzematöse Plaque am rechten Handgelenk und juckende, infiltrierte Eruption an der vorderen Achselfalte, keine Syphiliserscheinungen, WR negativ. In der Besprechung wird das Vorliegen eines sekundären, lichenoiden Syphilids oder einer Arsenwirkung für möglich gehalten.

E. G. Graham Little: **Poikilodermia.** S. 1083. Seit 2 Jahren fortschreitende Pigmentierungen mit zahlreichen verstreuten Flecken, darin geringe Atrophie. Allgemeinzustand gut, zahlreiche kariöse Zähne; allgemeines Jucken.

E. G. Graham Little: **Dermatitis Herpetiformis.** S. 1083. $6^1/_2$jähr. Kind, von Geburt an mit Bläschenausschlag am ganzen Körper erkrankt. Fortschreitende Abmage-

Digitized by Google

rung. Nach Solut. Fowleri wesentliche Besserung. Der frühzeitige Beginn der Krankheit ist bemerkenswert.

E. G. Graham Little: **Darier's Disease** (Dariersche Krankheit). S. 1084. **Beginn mit akuter urtikariaartiger Eruption, dann Entwicklung typischer follikulärer Keratose, mit histologischem Befunde von corps ronds.** E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 6, 2. Teil: Störungen der Blut- und Lymphströmung, Angioneurosen, Urtikaria, Raynaud, Nekrosen, Gangrän, Geschwüre, variköser Symptomenkomplex, Hämorrhagische Erkrankungen, Erythema multiforme und nodosum. Bearbeitet von F. Hammer, R. Hirschfeld, E. Mras, V. Mucha, L. Török. Der erste Abschnitt, von L. Török in ausgezeichneter Weise dargestellt, behandelt übersichtlich und doch genügend ausführlich Hyperämie, Anämie und Ödem der Haut, wobei der Natur des Gegenstandes entsprechend die pathogenetischen und experimentellen Grundlagen eine besondere Berücksichtigung erfahren. Anschließend gibt derselbe Verf. eine kritische Würdigung des heutigen Standes der Lehre von der Entzündung, bemüht, die verschiedenen Anschauungen über den noch immer sehr strittigen Gegenstand in objektiver Weise gegeneinander abzuwägen. So unverkennbar der bekannte ablehnende Standpunkt des Verf. gegenüber der angioneurotischen Theorie zum Ausdruck kommt, so deutlich tritt doch wiederum die Bedeutung, welche den nervösen Einflüssen für den Entzündungsvorgang zukommt, nicht nur aus dem Umfange der ihr gewidmeten Diskussion, sondern auch aus dem Gewichte der durch Negation nicht zu beseitigenden Argumente dem Leser vor Augen. Auch die neueren Ergebnisse über die physikalisch-chemischen Grundlagen des Entzündungsprozesses finden eingehende Berücksichtigung. Die bei der Entzündung in Erscheinung tretende Hyperämie trennt T. in die (eigentliche) Entzündungshyperämie, welche nur unmittelbar am Orte der Reizeinwirkung und auch nach Unterbrechung der nervösen Verbindungen auftritt und einen Lähmungszustand der Gefäßwände zur Grundlage hat — und in die Hyperämie des Entzündungshofes, welche durch einen Axonreflex vermittelt ist und auf Dilatatorenreizung beruht. Die Exsudation ist bedingt durch eine Veränderung der Blutgefäßwand, besonders im Sinne einer kolloiden Umwandlung des Endothels, welche nach T. unter dem Einflusse von Substanzen, die sich im Hautgewebe infolge der Einwirkung des entzündungserregenden Faktors gebildet haben, zustande kommt. Als zweiter wichtiger Faktor für die Exsudation ist der erhöhte arterielle Druck zu berücksichtigen. Für die Emigration der weißen Blutkörperchen spielt die Chemotaxis eine größere Rolle als die Zustandsänderung der Gefäßwand und die Druckerhöhung. Der folgende Abschnitt „Angioneurosen" von dem gleichen Verf. umfaßt nur 5 Seiten, was zum Teil dadurch begründet erscheinen mag, daß das einschlägige Thema im Kapitel Entzündung und Urtikaria Mitberücksichtigung findet. Die historische Übersicht, die T. hier gibt, erscheint immerhin recht gedrängt. Dagegen hat T. im anschließenden Abschnitt der Urtikaria eine sehr ausführliche und tiefschürfende Behandlung angedeihen lassen. Die neueren Ergebnisse über Ätiologie und Pathogenese sind ausführlich berücksichtigt, wobei auch der Bedeutung nervöser Einflüsse ein gebührender Raum zugemessen ist, auf die Wichtigkeit hereditärer Einflüsse wird nachdrücklich hingewiesen. Bei der Abhandlung über Therapie spielt die Desensibilisierung eine neue, wichtige Rolle. Die Urticaria pigmentosa faßt T. in Übereinstimmung mit anderen als eine Art Pigmentnaevus auf, die sich insbesondere durch die hohe Empfindlichkeit der oberflächlichen Blutgefäße, durch die Neigung zum schubweisen Auftreten sowie durch den Reichtum an Mastzellen auszeichnet. T. schlägt eine Änderung der Nomenklatur in Chromelasma urticans vor. Die Erythromelalgie ist von Hirschfeld bearbeitet. Aus der Darstellung, die eine gute Orientierung über den Gegenstand ermöglicht, ist zu ersehen, daß trotz mancher Fortschritte die Ätiologie und Pathogenese dieses Leidens noch immer in Dunkel gehüllt ist; fest steht nur die Bedeutung des Gefäßnervensystems. Über wesentliche Fortschritte kann dagegen Mucha in dem Kapitel „Raynaud" berichten. Die Kapillarmikroskopie ist vielleicht nicht so eingehend gewürdigt, wie sie es in Anbetracht ihrer charakteristischen Ergebnisse gerade bei der vorliegenden Erkrankung verdiente. Für die Pathogenese gibt M. folgende Erklärung: Die starke Inanspruchnahme eines auf Grund präexistenter Anlagen übererregbaren Reflexbogens führt zu sekundären Läsionen

Digitized by Google

desselben und zur Dissoziation der in ihm laufenden Erregungen, wobei endokrine Einflüsse eine bedeutende Rolle spielen. In der Therapie vermißt man die Erwähnung der Erfolge, welche in jüngster Zeit durch Röntgenbestrahlung des Rückenmarks erzielt wurden. Im nächsten Kapitel werden von demselben Verf. „Nekrosen, Gangrän und Geschwüre" behandelt; besonders besprochen werden: multiple neurotische Hautgangrän, neurotisches Ulkus, Gangrän bei Stoffwechselerkrankungen, vaskulär-zirkulatorische Nekrosen, bakterielle, physikalische und chemisch-toxische Nekrosen. Der Abschnitt „Varikoser Symptomenkomplex" von Mucha und Mras bringt in wirklich ausgezeichneter Darstellung eine eingehende Erörterung der physiologischen und pathologischen Zirkulationsverhältnisse, an die sich die Besprechung der Pathogenese anschließt. Anlage, Disposition, Vererbung sind genügend gewürdigt, mit dem Resümee, daß die Pathogenese der Varizen auch heute noch als durchaus ungeklärt angesehen werden muß. Dann folgt die Besprechung der Symptomatologie, Varikophlebitis, Varixknoten und schließlich der Histologie und Klinik der Hautkomplikationen. Bei der Besprechung der Therapie nimmt naturgemäß die Verödungstherapie der Varizen einen besonderen Raum ein. Im Kapitel über „Hautblutungen" hat Hammer in gediegener Weise die überraschend zahlreichen Hautsymptome der verschiedenen hierher gehörigen Erkrankungen zusammengestellt. Schließlich folgt als letztes Kapitel das „Erythema multiforme und nodosum", von P. Tachau mustergültig bearbeitet. E. Schröpl-Eger.

Die Blutgefäße der menschlichen Haut und ihr Verhalten gegen Reize, von Th. Lewis. Übersetzung von E. Schilf. Verlag S. Karger, Berlin 1928. Preis RM. 22,—, geb. RM. 24,—. Das Bedürfnis der Dermatologie nach einer Vertiefung unserer Kenntnisse über die Physiologie der Haut hat in dem vorliegenden Buche eine Befriedigung besonderer Art gefunden; es ist ein wohlgelungener Versuch, eine Reihe von klinischen Befunden und experimentell festgestellten Tatsachen aneinanderzureihen und damit eine Lehre der Wirkungen der Hautreize zu schaffen. Die Reaktionen der normalen Haut auf gröbere und feinere Läsionen, auf thermische und chemische Reize und auf Lichteinwirkungen werden in übersichtlicher Weise besprochen. Die vasomotorischen Reflexe, die Axonreflexe, Hyperämie und Anämie, das Quaddelproblem und der Zusammenhang der Effloreszenzen mit der für den Einzelfall charakteristischen Hautbeschaffenheit sind in übersichtlicher und viel Neues bietender Weise dargestellt. Der Praktiker wird sich auf Grund der vorgetragenen physiologischen Daten neue Anschauungen über eine Reihe pathologischer Vorkommnisse bilden müssen, und die Dermatologie wird eine neue Richtung einschlagen können. F. Winkler-Wien.

Leitfaden der Röntgentechnik, Röntgendiagnostik und Röntgentherapie, von O. Strauss und O. Müller. Verlag C. Marhold, Halle a. d. S. 1928. Preis RM. 20,40, geb. RM. 22,50. Der Zweck dieses Buches, dem praktischen Arzt und Studierenden einen Leitfaden durch das weitverzweigte Gebiet der Röntgenologie zu bieten, wird sehr gut erreicht. Auch für den Dermatologen ist es von großer Wichtigkeit, die physikalischen Grundlagen, die gebräuchlichen Röhrentypen und Apparate kennenzulernen. Die Darstellung ist klar, leicht verständlich, ohne allzu genaues Eingehen auf Einzelheiten, dabei doch erschöpfend. Die Meßverfahren werden prägnant übersichtlich abgehandelt. Während der diagnostische Teil fast den halben Raum des Buches ausfüllt, werden den Hautkrankheiten ganze zwei Seiten gewidmet! Wichtig sind die Ausführungen über die Radiosensibilität des Karzinoms, wobei besonders Feststellungen über Mitosenumlaufzeiten basozellulärer (10—20 Stunden) und spinozellulärer (8—15 Tage) Krebse interessieren. Karzinome mit größerer Zellreife (basozelluläre) scheinen stärker strahlenempfindlich zu sein. Da die strahlenempfindlichen Mitosen in erster Linie zerstört werden, wird es verständlich, wieso Karzinome mit überstürzter Kernteilung ohne Mitosenbildung so strahlenrefraktär sind. Direkte Strahleneinwirkungen auf das Bindegewebe werden in Abrede gestellt. W. Curth-Berlin.

Lehrbuch der Röntgenkunde. Bd. 3: Röntgentherapie, von H. Rieder und J. Rosenthal-München. 2. Aufl. Verlag J. A. Barth, Leipzig 1928. Preis RM. 60,—, geb. RM. 65,—. Im ersten Teile des Buches werden für jeden Röntgentherapeuten wichtige Kapitel nach dem neuesten Stande der Wissenschaft von berufenster Hand behandelt; so die physikalischen und technischen Grundlagen, die Dosimetrie, die biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen, Strahlenschädigung und Schädigungsprophylaxe, pathologische Anatomie u. a. m. Es folgen dann die Kapitel, in denen die Strahlentherapie der einzelnen medizinischen Disziplinen beschrieben wird. Den Dermatologen interessiert vor allem das Kapitel von Schreus, in welchem die Strahlentherapie der Hautkrankheiten abgehandelt wird. Die Indikationen, der Bestrahlungsplan, die

Digitized by Google

Technik und Prognose sind hier bei den verschiedenen Hauterkrankungen in kurzer, übersichtlicher und trotzdem erschöpfender Weise beschrieben. Von Interesse für den Hautspezialisten sind weiterhin die Kapitel über die Strahlenbehandlung der malignen Tumoren, über die Röntgentherapie in der Gynäkologie und in der Kinderheilkunde. Alle Kapitel sind prägnant und leicht lesbar geschrieben. Zahlreiche Bilder, Zeichnungen und Tabellen vervollständigen das für jeden Röntgentherapeuten zu empfehlende Buch. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Die natürlichen Heizungsvorgänge bei der Syphilis im Lichte experimenteller Forschung (nach einem Vortrage mit Filmvorführungen gehalten auf Veranlassung der Ortsgruppe Berlin der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Plenarsitzungssaale des früheren Herrenhauses am 27. Oktober 1927), von S. Bergel-Berlin. Verlag G. Stilke, Berlin 1928. Preis RM. 1,—. Populär gehaltene, kurze Darstellung des Syphilisverlaufes, des Kampfes der Erreger mit den durch den Organismus gebildeten Abwehrkörpern; Verf. berichtet über seine Erfolge einer Immuntherapie bei Tiersyphilis. D. Abel-Lörrach.

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Quantitative Study of Clinical Ultraviolet Sources (Quantitative Studie in der Medizin benutzter Ultraviolettlichtquellen), von H. Goodmann und W. T. Anderson-New York. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 9, S. 671.) Die Verff. haben das Ultravioletttlichtspektrum in drei Zonen unterteilt; nämlich den vitalen Anteil von 290—320 μμ, den intravitalen Anteil von 290—320 μμ und den extravitalen Anteil kürzer als 290 μμ. Bei den einzelnen gebräuchlichen Lichtquellen wurden durch ein kompliziertes Meßverfahren diese Anteile prozentual festgestellt und tabellarisch zusammengestellt, die Ultravioletteinheiten ausgedrückt in Ergs pro Sekunde und Quadratmillimeter bei einem Abstand der Lichtquelle von 40 Zoll. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Physical and Biological Problems in Heliotherapie. 2. A Measuring Device for Ultraviolet Radiation (Physikalische und biologische Probleme in der Heliotherapie. 2. Ein Meßinstrument für ultraviolette Strahlung), von E. A. Pohle und W. S. Huxford-Michigan. (Am. J. of Roentgenol., 1928, Bd. 19, Nr. 2, S. 144.) Beschreibung eines Zeigerinstrumentes zur Dosismessung bei Ultraviolettbestrahlungen der Haut. Eine Cadmiumzelle aus Uviolglas, wie sie zuerst von Dorno für die Messung der biologisch wirksamen Ultraviolettstrahlung aus dem Grunde angewendet wurde, weil ihr Empfindlichkeitsgebiet im Ultraviolett dem der Haut nahekommt, wurde zur Messung des in ihr erzeugten photoelektrischen Stromes über eine Verstärkerröhre mit einem hochempfindlichen Zeigergalvanometer verbunden. Das Galvanometer kann in Einheiten der Ultraviolettstrahlung oder der Erythemdosis für Höhensonnenbestrahlungen geeicht werden. H. Holthusen-Hamburg.

Über Ultraviolettmessungen mittels Cadmiumzelle und Elektrometer, von A. Rüttenauer, Mitt. d. Studienges. f. elektr. Beleucht. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 796.) Es ist noch nicht gelungen, die Zellenempfindlichkeit mit der Hauterythemkurve der Quarz-Cadmiumzelle (ohne und mit einigen Filtern) in Übereinstimmung zu bringen. Die vergleichende physikalische Messung mit Cadmiumzelle gibt nur dann genau den therapeutischen Wert von Ultravioletttstrahlen wieder, wenn sich die Ultravioletttstrahlen nur in ihrer absoluten Intensität, nicht aber oder nur wenig in ihrer relativen Intensitätsverteilung unterscheiden. Die Angabe der Zellenempfindlichkeitskurve und der relativen Intensitätsverteilung der Ultravioletttstrahlen ist unerläßlich. E. Kottmaier-Mainz.

Zur biologischen und therapeutischen Wirkung der leuchtenden Wärmestrahlen, von P. Wichmann, Lupusstat. d. Univ.-Hautkl. Hamburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 189.) Unkonzentriertes, bei 50 Amp. und 50 Volt erzeugtes Bogenlicht wurde nach Passierung eines nur für rote und gelbe Strahlen durchlässigen Filters (1%ige Lösung von Orange, G. Grübler) auf Lupusknötchen appliziert. Dabei ergab sich eine erhebliche elektive Beeinflussung pathologischen Gewebes in der Tiefe der Kutis. Bei einer zweiten Versuchsreihe wurden die konzentrierten leuchtenden Wärmestrahlen derselben Bogenlampe unter Ausschluß des Ultrarots verwendet. Die Haut

Digitized by Google

wurde durch Einschaltung einer Kompressionslinse mit zirkulierendem Wasser geschont. Gute Erfolge bei Lupus und fistulöser Knochentuberkulose. Eine Kombination des unkonzentrierten und des konzentrierten Lichtes stellt der große Original-Finsen-Apparat dar. Er ist sowohl der reinen Wärmestrahlentherapie als auch dem Quarzlicht in seiner Einwirkung auf tuberkulöses Gewebe überlegen. Das Finsenlicht ist trotz Wasserkammer und Kühllinse sehr reich an leuchtenden Wärmestrahlen und zeigt außerdem eine reichliche Beimengung von chemischen Strahlen. W. Curth-Berlin.

Über die Finsen-Lichtbehandlung, von H. Lorenz-Budapest. (Orv. Ujsag, 1927, Nr. 44 [ungarisch]). Für den Dermatologen nichts Neues, betrifft eher die Laryngo-Otologen. K. v. Berde-Szeged.

Über den jetzigen Stand der Finsentherapie, von A. Reyn, Finseninst. Kopenhagen. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 2, S. 306.) Mit der vom Verf. geübten Methode wird bei reiner Finsenbehandlung des Lupus vulgaris in 60% Heilung erzielt, bei frischen Fällen sogar in 70%. Das Kohlenbogenlicht (Finsen) ist dem Quecksilberlicht (Kromayer-Lampe) wegen seiner besseren Penetrationsfähigkeit in die Gewebe hinein weit überlegen. Nachteile der lokalen Finsenbehandlung des Lupus vulgaris sind die lange Dauer der Behandlungszeit und die mangelhafte Tiefenwirkung des Lichtes; bei sehr tief im Gewebe sitzenden Herden kann oft eine Heilung mit Finsen nicht erzielt werden. Abfilterung von Wärmestrahlen durch Blau-Uviolglas scheint diesen Nachteil abzuschwächen. Bei Gesichtslupus ist die Finsenbehandlung wegen der guten kosmetischen Resultate die Methode der Wahl, ebenso bei Lupus und Tuberkulose der Konjunktiva, ferner bei Tbc. verrucosa und Leichentuberkel. An den Extremitäten (mit Ausnahme der Hände!) und am Stamm nach Möglichkeit Exzision. Kolliquative Tuberkulose, fistulöse Drüsen und Fisteln bei anderen Tuberkuloseformen zeigen unter lokaler Finsenbehandlung auch schnellere Heilung, ferner wird durch Finsen das Auftreten von Lupus im Umkreis der Fisteln vermieden. Zur Unterstützung der Finsenbehandlung dient eventuell Behandlung mit Pyrogallol und Tuberkulin. Röntgen- und Radiumbehandlung als Vorbehandlung der Finsentherapie wird mit Ausnahme von stark hypertrophischem Lupus abgelehnt. Weitere Indikationen für Finsentherapie sind: Röntgenulzera und Röntgenatrophien, Alopecia areata, Akne, Rosazea, ferner infiltrierte, lichenisierte und hyperkeratotische Ekzeme, Neurodermien und Trachom. In letzter Zeit verwendete Verf. neben der lokalen Finsentherapie das universelle Lichtbad mit Kohlenbogenlicht, vor allem bei Hauttuberkulose, chirurgischer Tuberkulose und Larynxtuberkulose. Durch diese Kombination konnte in 90% Heilung bei Hauttuberkulose erzielt werden. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Über den Cholesteringehalt des Blutserums nach Röntgenbestrahlung. Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von R. Hubert in 1928, Nr. 5, S. 208 dieser Wochenschrift, von F. Burgheim. (Kl. W., 1928, Nr. 17, S. 802.) Ein Vergleich seiner Resultate und der Hubertschen Ergebnisse ist ganz unmöglich, da Hubert sich nicht an dieselbe Technik gehalten hat. Verf. weist nochmals auf den Unterschied hin, den die Cholesterinkurve durch die Bestrahlung bei Karzinomkranken und Karzinomfreien ergibt. Stets findet sich nach der Röntgenbestrahlung von malignen Tumoren ein Cholesterinanstieg, während bei allen anderen Erkrankungen ein Abfall zu bemerken ist. Verf. hält den Tumor selbst für den Cholesterinspender. E. Langer-Berlin.

Erwiderung, von R. Hubert. (Kl. W., 1928, Nr. 17, S. 803.) Verf. gibt zu, daß ein zuverlässiger Vergleich seiner Untersuchungen mit denen von Burgheim nicht möglich ist. Immerhin erhält er aufrecht, daß in allen seinen Karzinomfällen es nicht erst zu einem Anstieg, sondern sofort zu einem Abfall der Cholesterinkurve gekommen ist. E. Langer-Berlin.

Studien zur biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen. Über die mittelbare Wirkung (Proteinkörperwirkung) der Röntgenstrahlen und Radiumstrahlen als Vorgang der Verdauung und Ausscheidung von untergehendem Zellmaterial mit einem Hinweis auf die Ätiologie des Röntgen- und Reizkarzinoms als Ausscheidungskrankheit der Haut und Schleimhaut, von H. Cramer, I. Med. Univ.-Kl. Charité Berlin. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 3, S. 431.) Im Einklang mit den Ergebnissen anderer Autoren betont Verf. nochmals, daß beim Strahlentod im Tierexperiment die Zerstörung des retikulo-endothelialen Systems eine hervorragende Rolle spielt. Die Lymphozytenkurve gibt uns Auskunft über den Funktionszustand des Mesenchyms, von dem der klinische Erfolg der Strahlenbehandlung wesentlich abhängt. Wir sehen bei kleinen Röntgendosen (mittelbare) Aktivierung, bei mittleren Dosen reparable Schädigung, bei hohen Dosen irreparable Schädigung. Ein Ausdruck der akuten Schädigung

Digitized by Google

ist der Röntgenkater. Das gesamte Mesenchym ist nach dem Verf. Retikuloendothel. An ihm wirken sich die adsorbierten Stoffe der Proteinkörpertherapie und ihre Äquivalente (kolloidale Metalle, kolloidale Farbstoffe, Licht, und so weit sie mittelbar wirken, Röntgen- und Radiumstrahlen) aus. Dabei gehen Adsorption von Vitalfarbstoffen und mittelbare Wirkung der Röntgenstrahlen parallel. Mittelbare Strahlenwirkung und Proteinkörpertherapie haben das Auftreten „proteinogener Amine" gemeinsam (Histaminwirkung). Die Histaminwirkung würde die Dilatation der gesamten peripheren Kapillaren bei lokalisierter Strahlenapplikation, wie sie z. B. auf Fleischdiät hin durch Histaminbildung eintritt, chemisch erklären. Histaminwirkung und Strahlenintoxikation sind auch hinsichtlich Vagotonie, Lymphagogie, Azidose und Leukozytenbewegung analog. Die Schwierigkeit der Zellschädigung in vitro ist sicher weitgehend durch das Fehlen des heterolytisch wirkenden aktiven Mesenchyms bedingt. Das ganze riesige Kapillarnetz, worin als Ausläufer des Mesenchyms die Stoffwechselschlacken kreisen, scheidet am Orte stärksten Stoffwechsels diese im bestrahlten Gebiete in erster Linie aus. Der Stoffwechsel der einzelnen Organsysteme bestimmt in seiner Verschiedenheit ihre verschiedene Strahlensensibilität. Verf. hält dafür, daß therapeutische Röntgenreizbestrahlung ein mittelbarer Reiz im Sinne eines Proteinkörperäquivalents (Weichardt und Schittenhelm) ist.

E. Kottmaier-Mainz.

Übersicht über Indikationen und Erfolge der modernen Röntgentherapie, von C. Wittkowsky. (Beih. z. Med. Kl., 1928, H. 3.)

Kurze Übersicht über die Grundprinzipien der modernen Röntgentherapie und über die neuesten Probleme derselben (Kort Oversigt over Grundprincipperne for moderne Rontgenterapi og over de nyeste Problemer indenfor denne), von P. F. Møller. (Hospitalstidende, 1928, Nr. 7, S. 171; Nr. 8, S. 192; Nr. 9, S. 224; Nr. 10, S. 245.)

Die Röntgenbehandlung entzündlicher Komplikationen der Scharlacherkrankung, von F. Bardachzi, Inn. Abt. Allg. Krkhs. Aussig (Elbe). (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 4, S. 805.) Bei 10 Fällen von skarlatinöser Lymphadenitis cervicalis wandte Verf. nach dem Vorgehen von Heidenhain und Fried bei entzündlichen Prozessen Röntgenschwachbestrahlungen an. Es handelte sich dabei um Schwellungen, die auf die übliche Therapie nicht reagierten oder sich besorgniserregend schnell weiter entwickelten. Bei 3 Fällen, von denen nur 2 nach einigen Tagen wiederbestrahlt wurden, erfolgte ein schnelles Aufhören der Schmerzen mit Rücksicht der Schwellung. Ein Fall starb unter septischen Erscheinungen mit Nephritis.

W. Curth-Berlin.

Die absolute Herstellung der R-Einheit im Bonner Röntgeninstitut, von L. Grebe und O. Gaertner, Röntgeninst. Allg. Krkhs. St. Georg, Hamburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 728.) Die Methode beruht auf der Verwendung einer großen Ionisationskammer, die mit Luft von Atmosphärendruck gefüllt ist und von der gezeigt werden konnte, daß die Ausnützung der Elektronenwege für die Ionisation innerhalb der Beobachtungsfehler eine vollständige ist. Die Dimensionen der zylindrischen Kammer sind: 190 mm Länge und 250 mm Durchmesser. Durch Vergleich von zur Absolutmessung bestimmten, mit einem Schnabelansatz zur Verhütung des Eintrittes der Stielstrahlung versehenen Meßinstrumenten mit Instrumenten ohne Schnabelansatz kann bei der Eichung ein Fehler entstehen. Bei Instrumenten mit Schnabelansatz ist also eine wassergekühlte Röhre mit kleinem Brennfleck für die Eichung zweckmäßig. Das gleiche wie für Stielstrahlung gilt für zurückgestreute Strahlung, wenn die bei der Eichung benützte Röhre in einem nicht streustrahlenfreien Gehäuse aufgebaut ist. Die Eichröhre wird deshalb frei im Raume hinter einem Bleischirm aufgestellt. Für alle in der benutzten Eichordnung in Betracht kommenden Ionisationsstromstärken liegt die Sättigungsspannung unter 210 Volt, weshalb in einem Spannungsbereich zwischen 300 und 250 Volt gemessen wird. Die Kapazitätsbestimmung erfolgt nach der Wulffschen Methode, indem ein geeichter Gardienscher Zylinderkondensator mit dem aufgeladenen Elektrometersystem verbunden und dann durch Verschieben soweit verkleinert wird, bis wieder die ursprüngliche Spannung am Elektrometer vorhanden ist.

E. Kottmaier-Mainz.

Die Härteabhängigkeit der R-Dosen im Vergleich zu äquivalenten Erythemen aller gebräuchlichen Strahlenqualitäten. II. Mitteilung, von P. Hess, Krkhs. Bethesda, Duisburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 734.) Die biologischen Versuche mit einer physikalisch genau definierten Dosis von 700 R ergaben erneut die Erythemgleichheit für alle Strahlenqualitäten. Früher gefundene Abweichungen erklären

Digitized by Google

sich durch eine qualitätsabhängige Streuzusatzdosis, da die Messungen unter den Bedingungen der Bestrahlungspraxis ausgeführt werden. E. Kottmaier-Mainz.

Einige Betrachtungen zum Problem der Strahlendosimetrie, von O. Glasser, Labor. f. Strahlenphys., Cleveland. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 740.) Die Röntgeneinheit nach Solomon ist mit der elektrostatischen Röntgeneinheit identisch, wenn bei der Verwendung einer Luftwändekammer der Abstand: Radiumkammer von 2 cm auf 1,37 cm vermindert wird. Die Luftwändekammer ist wegen ihrer Wellenlängenunabhängigkeit die Kleinkammer der Wahl für praktische Dosimeter. Es ist anzuraten, die Kammer in Verbindung mit einem einwandfreien Meßinstrument in „Röntgen" zu eichen und auf dem weiteren Transport mit radioaktiver Substanz in geeigneter Anordnung zu kontrollieren. Eine Luftwändekammer von etwa $^1/_{50}$ cm³ Volum gestattet die Dosenausmessung von weichsten (Bucky) Röntgenstrahlen bis zu den Gammastrahlen des Radiums in R-Einheiten am Applikationsort der Dosis. E. Kottmaier-Mainz.

Messungen zur Qualität und Intensität der Streustrahlung, von H. Jacobi und A. Liechti, Röntgeninst. Allg. Krkhs. St. Georg, Hamburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 711.) Es wurden untersucht: 1. Wie ändert sich die Qualität der durch eine 20 cm dicke Wasserschicht geschwächten Strahlung mit der Qualität der Primärstrahlung? 2. Wie ändert sich die Qualität der reinen Streustrahlung mit der Qualität der Primärstrahlung? 3. Wie ändert sich die Qualität des Gemisches geschwächte Primärstrahlung und Streustrahlung in bestimmter Wassertiefe mit der Qualität der Primärstrahlung, stets bei ausgedehnt durchstrahltem Medium? Zu 1. Je härter die Primärstrahlung, um so geringer die Erhärtung, die durch eine Schwächung durch 20 cm Wasser zustande kommt. Zu 2. Bei ein und derselben primären Strahlungsqualität ist die Erweichung um so mehr vorherrschend, je geringer die effektive Atomnummer des Streukörpers ist. Zu 3. Je härter dabei die Strahlung, desto größer findet sich die Erweichung.
E. Kottmaier-Mainz.

Ist die „Grenzstrahlentherapie" nach Bucky vollkommen ungefährlich?, von G. Bucky-New York. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 3, S. 629.) B. wehrt sich dagegen, daß Martenstein ohne Nachprüfung seiner eigenen Angaben zu einer ablehnenden Haltung gegenüber der Grenzstrahlentherapie kommt. Er unterzieht die Grundlagen M.s einer Kritik, findet in 5 von 8 physikalischen Meßreihen Unstimmigkeiten. Auch bei den histologischen Befunden weist er M. Widersprüche nach, wenn dieser sagt, daß menschliche Haut, mit dem Sechsfachen der sog. Erythemdosis bestrahlt, nur Veränderungen zeigte, die zwar nicht hochgradig, aber deutlich waren und an jene Veränderungen erinnerten, die man nach Bestrahlungen mit Röntgenlicht und radioaktiven Substanzen beobachtet. Wenn M. dies aber selbst feststellen konnte, daß die sechsfache HED nur so geringfügige Veränderungen ergibt, so ist ihm der Beweis gegen die Harmlosigkeit der Grenzstrahlen mißglückt. Das Heruntergehen der Spannung war nicht, wie M. glaubt, durch Angst vor Spätschädigungen veranlaßt, sondern durch die Röntgentechnik, die immer bessere Lindemannfenster lieferte, was ein Zurückgehen mit der Spannung ermöglichte. B. betont nochmals, daß unter den von ihm bestrahlten Fällen 4 vor 4 Jahren, 6 vor $3^1/_2$ Jahren, 11 vor 3 Jahren, 19 vor $2^1/_2$ Jahren, 35 vor 2 Jahren, 69 vor $1^1/_2$ Jahren, 124 vor 1 Jahr und 158 vor $^1/_2$ Jahr wirklich nur die beiden schon bekannten Spätfolgen beobachtet wurden. E. Kottmaier-Mainz.

Erwiderung auf die vorstehenden Ausführungen des Herrn Bucky, von H. Martenstein, Univ.-Hautkl. Breslau. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 3, S. 633.) M. erklärt, die Nachprüfung der Angaben Buckys deshalb unterlassen zu haben, weil bei B. und seinen Mitarbeitern exakte Dosierungsangaben fehlen, was B. auf dem Bonner Dermatologenkongreß zugegeben hat. Da B. selbst davor warnt, das Erythem als zuverlässiges, brauchbares Maß anzusehen, so hätte er wenigstens die Latenzzeiten nachprüfen müssen, was M. und andere Autoren nunmehr getan haben. Die Unstimmigkeiten in seinen Messungen gibt M. zu, da es ihm und seinen Mitarbeitern ja gar nicht darauf ankam, physikalisch exakte Absorptionsmessungen zu geben, sondern nur um eine Übersicht zu gewinnen, ob nennenswerte Strahlenmengen in die tieferen Gewebsschichten der Haut gelangen. Dabei konnte unzweifelhaft festgestellt werden, daß die Hauptforderung Buckys, die Schonung der Restitutionsschicht der Epidermis, nicht erfüllt wird. Auch andere Autoren haben sich dieser Ansicht angeschlossen. „Absorptionsmessungen ergaben, daß die Schonung der Basalschicht der Haut bei therapeutisch wirksamen Dosen nicht größer ist als bei Röntgenstrahlen" (Schreus). „Die Strahlenwirkung der Grenzstrahlen ist in allen Schichten der Epidermis und am Gefäßapparat des Koriums bemerkbar" (Rottmann). Bei der Warnung vor Spätfolgen hat Verf. weniger Spätnekrosen als Teleangiektasien,

Digitized by Google

Pigmentierungen und Atrophien im Auge gehabt. Da wir wissen, daß oft noch nach vielen Jahren Schädigungen der Haut manifest werden und die meisten Fälle Buckys nicht mehr wie $1^1/_2$ Jahr zurückliegen, so ist nur der geringste Teil seiner Statistik beweisend. Schreus hat z. B. in seiner Versuchsreihe schon viele Fälle von langdauernder und kosmetisch störender Pigmentation gesehen. In zahlreichen Fällen bestand diese Pigmentation bisher bis zu einem Jahre. Auf die von Bucky behauptete, von M. und anderen Autoren bestrittene Sonderstellung der Grenzstrahlen ist B. nicht eingegangen. Verf. möchte dazu noch bemerken, daß auch der nur den Grenzstrahlen zugeschriebene Leukozytensturz unterdessen von Hörnicke für Röntgenstrahlen ebenfalls festgestellt wurde. E. Kottmaier-Mainz.

Dosimetrie der Grenzstrahlen mit dem Wintz-Rumpschen Photometer, von O. Glasser und I. E. Beasley-Cleveland. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 3, S. 611.) Die Dosimetrie der Grenzstrahlen ist zum erfolgreichen therapeutischen Gebrauch wegen der großen Schwankungen in der Ausbeute verschiedener Apparate und Röhren unentbehrlich. Verff. haben schließlich eine Kleinkammer aus Goldschlägerhaut mit einem Volumen von $^1/_2$—1 ccm, welche an jedem Röntgendosimeter angebracht werden kann, konstruiert. Sie ist mit Hilfe der Faßkammer in R-Einheiten zu eichen, absorbiert die von der Grenzstrahlröhre bei 5—10 KV ausgesandten Strahlenbündel nicht merkbar und mißt die Strahlenintensität dieser Spannungen unabhängig von der Strahlenqualität. Ersetzt man das vor dem Leuchtschirm des Wintz-Rump-Photometer liegende schwarze Papier durch ein Stück graphitierte Goldschlägerhaut, welche für die verwendeten Grenzstrahlen keine merkbare Absorption zeigt, so bietet auch dieses Instrument eine Dosierungsmöglichkeit für Grenzstrahlen, deren Genauigkeit ungefähr 10% gegenüber 5% bei Messungen mit der Goldschlägerhautkammer beträgt. E. Kottmaier-Mainz.

Zur Dosierung der Buckyschen Grenzstrahlen, von H. Kirsch, Univ.-Hautkl. Jena. (M. m. W., 1928, Nr. 14, S. 603.) Der Verf. glaubt die Mißerfolge der Grenzstrahlentherapie damit zu erklären, daß die biologische Eichung nach dem Erythem ungenau sei; im Gegensatz zu den in Jena angewandten physikalischen Meßmethoden. Er empfiehlt die Eichung der Apparatur in R pro Minute für bestimmte Spannungen durch die Fabrik, da nicht jeder Therapeut ein in R geeichtes Meßinstrument besitze.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Weitere klinische Beobachtungen bei der Behandlung mit Kathodenstrahlen, von Baensch und R. Finsterbusch, Chir. Univ.-Kl. Leipzig. (Kl. W., 1928, Nr. 15, S. 681.) Eine nennenswerte Tiefenwirkung ist bei den Lenardstrahlen nicht zu erzielen, da es sich um die Aussendung von Elektronen, also um Korpuskulärstrahlung handelt. Daher ist das Hauptindikationsgebiet die Haut und ihre Krankheitsformen. Die Technik ist relativ einfach. Die Röhren lassen sich mit jedem Röntgenapparate betreiben, bei dem eine einpolige Erdung möglich ist. Bei genauer Einhaltung der Dosierungsvorschriften ist die Behandlungsmethode gefahrlos; notwendig ist ein besonderer Schutz für die Augen. Resonders bei solchen Prozessen wurden gute Resultate erzielt, die der bisherigen Behandlung trotzten. Nur gehört bei Arzt und Patient Geduld zur Behandlung. Es müssen die oft erheblichen Reaktionen stets vor erneuter Bestrahlung abklingen. An Hand von kurzen Krankenberichten und sehr guten Abbildungen demonstrieren die Verff. die guten Resultate der Behandlung. Wegen der erst kurze Zeit angewandten Methodik kann über Dauerresultate noch nichts gesagt werden. E. Langer-Berlin.

Seltene Haarpigmentierung nach Röntgenbestrahlung, von P. Rostock, Chir. Univ.-Kl. Jena. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 800.) Bei einem 32jähr. Kaufmann ergab die Trepanation nicht den auf Grund des Nervenbefundes vermuteten Hirntumor in der linken Hemisphäre. Durch Röntgenbestrahlung (0,5 mm Zn und 3 mm Al) wurde der Nervenbefund gebessert. Bei dem blondhaarigen Pat. trat nach vorübergehender Epilation im Laufe der nächsten 6 Monate ganz deutlich dunkelgefärbtes Haar in der bestrahlten Zone, aber nur über der Operationsstelle auf. Das Haar war wesentlich dicker als das gesunde, zeigte eine stark pigmenthaltige Rinde und reichlich lufthaltiges Mark. E. Kottmaier-Mainz.

Röntgenschädigungen, dermatologischer Teil, von Naegeli-Bern. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 8, S. 212—216.) Als Röntgenschädigung kann schon die gewöhnliche Röntgenhaut bezeichnet werden, die für später latente Gefahren in sich birgt; sie gehört zu der Gruppe der präkanzerösen Dermatosen. Röntgenschädigungen der Haut können vorliegen, auch wenn makroskopische Veränderungen nicht wahrnehmbar sind. Die Umstimmung der Gewebe hängt von Dosis, Qualität und Häufigkeit der Bestrahlungen

Digitized by Google

ab; es können unter der Einwirkung der Röntgenstrahlen monovalente oder polyvalente Sensibilisatoren entstehen. Statistisch ließen sich Schädigungen nach Behandlung von Hautkrankheiten feststellen bei Mycosis fungoides (2), Ekzem (4), Warzen (3), Frauenbart (1), die zum Teil schwerer Natur waren. Als Ursachen kamen teils Überempfindlichkeit, teils Fehler bei der Bestrahlung in Betracht (Überdosierung, mangelhaftes oder fehlendes Filter). Die Hypertrichosis muß von der Liste der Röntgenindikationen gestrichen werden; auch für Warzen kann eine Indikation nur anerkannt werden, wenn andere Behandlungsmethoden versagten. Doch soll, wenn nach 1—4 Sitzungen kein Erfolg mit der Röntgenbehandlung erzielt ist, von weiteren Bestrahlungen Abstand genommen werden. Eine örtlich und in bezug auf das Lebensalter verschiedene Empfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen muß zugegeben werden und auch eine durch krankhafte Zustände und Verschiedenheiten in der Konstitution bedingte Ungleichheit der Toleranz ist wahrscheinlich. Man kann nicht mehr an der früheren Ablehnung einer Überempfindlichkeit festhalten, wenn auch die meisten Frühschädigungen durch Dosierungsfehler verschuldet sind. Mit der Überempfindlichkeit ist die quantitative Idiosynkrasie identisch, und da bei der Frage, ob es eine Röntgenstrahlenidiosynkrasie gibt, nur eine quantitative Idiosynkrasie in Betracht kommt, ist die Frage damit beantwortet.

E. Levin-Berlin.

Die Therapie der Röntgenschädigungen, von E. Bircher. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 8, S. 217—221.) Zur Verhinderung des Röntgenkaters soll die Bestrahlungsdauer auf die kürzeste Zeit herabgesetzt werden, um die Gasvergiftung, die auch für das Personal von Bedeutung ist, zu verhindern; bei längeren Bestrahlungen Narkotika vorher und eventuell nachher, ferner Bornyval, Validol, Hypophysen- und Nebennierenpräparate. Der auf Stoffwechselstörung beruhende Röntgenkater ist mit der Bildung von toxischen Eiweißzerfallsprodukten und Azidose verbunden, deshalb Kochsalztherapie, Chlorkalzium, Afenil, Traubenzuckerlösung, Insulin. Das akute Röntgenerythem kann man durch voraufgehende Rotlichtbestrahlungen zu verhüten suchen; alles, was die Haut schädigen kann, ist zu vermeiden, die Haut auflockernde Medikamente, besonders Metalle, Metalloide, Halogene, vor allem Jod, Ultrarot- und Ultraviolettbestrahlungen, Wunden, Quetschungen, Hämatome. Ebenso ist bei der Nachbehandlung jede Schädigung zu vermeiden. Bei sekundärem oder primär vorhandenem Röntgenulkus ist frühzeitiges chirurgisches Eingreifen das sicherste Mittel. Alle scharf reizenden Stoffe sind zu vermeiden. Injektionen von Solarson- und Normosallösungen sind zu empfehlen. Zur Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit kann die periarterielle Sympathektomie dienen, deren Wirkung allerdings keine dauernde ist. Bei operativer Behandlung ist frühzeitig möglichst weit im Gesunden zu exzidieren und gleich oder nachdem gute Granulationen gewachsen sind, zu transplantieren. E. Levin-Berlin.

Heilung von Röntgengeschwüren durch subaquale Hitzeduschen, von K. Hoffner, Sanat. Glotterbad bei Freiburg i. Br. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 3, S. 627.) Verf. berichtet über einen Fall von Röntgengeschwür, das jeder anderen Therapie trotzte und nur durch den heißen Niederdruckwasserstrahl unter Wasser geheilt wurde. H. ging von der Tatsache aus, daß mechanische wie auch Wärmereize auf die Haut unterhalb des Wasserspiegels eines auf Körpertemperatur eingestellten Bades weniger unangenehm empfunden werden als im Medium der freien Luft. Die benutzte Apparatur läßt sich in jeder Badeeinrichtung anbringen. Sie besteht 1. aus einer einfachen Mischbatterie, 2. einem dickwandigen Gummischlauch, welcher an die Wasserleitung angeschraubt wird. Dieser besitzt ein Mundstück mit entsprechendem Ansatz aus einem Schraubengewinde mit Schraubenmutter, welche die Ausflußröhre in sich birgt. Der Durchmesser der Ansatzteile bestimmt den Druck des Wasserstrahles. Die Behandlung ging von dem Prinzip aus, daß der Körper unter Wasser Hitze bis zu 50° C vertragen kann. Im vorliegenden Falle bekam Pat. täglich ein Vollbad von 35° C mit einer Hitzedusche ansteigend bis etwa 48° C auf das Geschwür. Schon nach wenigen Tagen zeigten sich an den Rändern gesunde Granulationen. Nach 3 Wochen war das Geschwür geheilt.

A. Kottmaier-Mainz.

Fréquence des troubles radiants (Häufigkeit der Röntgenschäden), von F. de Courmelles. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 16, S. 309—310.) Es wird darauf hingewiesen, daß die Ursache von Röntgenschädigungen häufig in Ernährungsstörungen gegeben ist, durch die eine Sensibilisierung stattfindet. Es ist falsch, von Wirksamkeit oder Schädlichkeit bestimmter Dosen zu sprechen, vielmehr handelt es sich um eine Frage des Temperaments, des Terrains und der Örtlichkeit. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Der Röntgenkater, seine Verhütung und seine Behandlung, von E. Andersen und G. Kohlmann, Städt. Krkanst. Kiel u. Peter-Friedrich-Ludwig-Hosp. Oldenburg i. O. (Fortschr. d. Ther., 1928, H. 3, S. 75.) Im Anschluß an die Bestrahlung kommt es nach einer schnell vorübergehenden azidotischen Phase zu einem länger anhaltenden alkalotischen Zustand, der auf das endokrin-vegetative System, das eng mit dem Elektrolytsystem zusammenhängt, seinen Einfluß ausübt. Während in der azidotischen Phase der Sympathikus dominiert, kommt es in der alkalotischen zu einem Zustand der Vagotonie, der je nach der Grundeinstellung des Individuums sich auswirkt. Dem Überwiegen des Vagus parallel geht eine erhöhte Empfindlichkeit gegen giftige Abbauprodukte des Körpereiweißes, die unter der Strahlenwirkung entsteht. Alle therapeutischen Maßnahmen, wie Zufuhr von Kalziumchlorid und Traubenzucker, ferner Alkohol, Pituglandol, Nierenextrakt und Adrenalin, ebenso Kochsalz und die Hafer-Kochsalzdiät, wirken sämtlich im Sinne einer Azidose; das gleiche gilt auch von der Diathermiebehandlung, den Proteininjektionen, der Bierschen Stauung, der Zuführung von Cholesterinpräparaten.

B. Peiser-Berlin.

Die Beeinflussung der Zelle im Stadium der Mitose durch Radiumstrahlen, von J. Seide-München. (D. m. W., 1928, Nr. 13, S. 523.) Verf. hat in Versuchen an Askariseiern festgestellt, daß die Zellen im Stadium bereits erfolgter Chromosomenausbildung eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber Radiumstrahlen besitzen. Die Ursache der Empfindlichkeit wird wahrscheinlich in den rhythmischen Veränderungen des Stoffwechsels der Zelle während der Teilung zu suchen sein. F. Harry-Wiesbaden.

Berichtigung. Zu dem Verzeichnisse der wissenschaftlichen Arbeiten von H. C. Plaut (Derm. W., S. 809) sind noch nachzutragen: Beitrag zur systematischen Stellung der Dermatomykoseerreger. Mh. f. pr. Derm., Hamburg 1905. — Sur l'angine ulcéreuse. Gaz. des hôp., 14. Februar 1905. — Sur l'angine ulcéro-membraneuse. Gaz. des hôp., 7. März 1905. — Le bacille fusiforme et le bacille sputigène dans les angines ulcéreuses. Compt. rend. de la Soc. de Biol., 19. Mai 1905. — Agglutinationstechnik und Wert der Dunkelfeldbeleuchtung beim Studium der Anaërobier. D. m. W., 1917, Nr. 10. — Untersuchungen über die Biologie der Bakterien der Gasödemgruppe. M. Kl., 1918, Nr. 24. — Favus, Sykosis, Mikrosporie und Trichophytie in Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde. 4. Aufl. — Demonstration einiger Trichophytonkulturen. M. m. W., 1900, Nr. 28. — Über eine neue Kulturmethode für Schimmelpilze. M. m. W., 1902, Nr. 5. — Über eine neue Kulturmethode für Favus. M. m. W., 1902, Nr. 14. — Diskussion zu Delbancos Vortrag: Über pathogene Hefenkulturen. M. m. W., 1904, Nr. 4. — Über Plaut-Vincentsche Angina. M. m. W., 1905, Nr. 27. — Demonstration von 2 Fällen von Stomatitis ulceromembranosa mit Salvarsan behandelt. M. m. W., 1911, Nr. 51. — Kerion Celsi durch Blastomyzeten erzeugt. M. m. W., 1915, S. 402. — Über Streptothrix Foersteri. Hambg. Ärztekorresp., 1916, Nr. 11. — Zur Gewinnung anaërober Reinkulturen. Hambg. Ärztekorresp., 1917, Nr. 44. — Über Lungenaktinomykose. Hambg. Ärztekorresp., 1921, N. 8.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gestorben: Dr. Albert Maynard Cole, Professor der Dermatologie und Elektrotherapie an der Indiana School of Medicine in Indianapolis. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 32 (Bd. 87) 11. August 1928

Aus der städt. Hautklinik Essen (Chefarzt: Prof. Dr. Bering)

Zur Kasuistik des Lichen ruber planus et vesiculosus

Von

Dr. K. H. Vohwinkel

Eine sehr seltene Varietät des Lichen ruber planus ist seine blasenbildende Form. Entsprechend der Blasengröße findet man in der Literatur eine mehr oder weniger starke Trennung in einerseits herpes-miliaria-artige, vesikulöse und andererseits pemphigoide, bullöse Fälle. Vor allem der letzte Typ hat wiederholt die Frage aufgeworfen, ob nicht hier neben einem Lichen ruber planus gleichzeitig ein Pemphigus vulgaris vorliegt, so daß es sich gar nicht um eine atypische Abart des Lichen ruber, sondern um zwei nebeneinander verlaufende Erkrankungen handeln würde. Viel umstritten ist auch die Frage, ob die Blasenbildung eine Folge der angewandten Therapie, insbesondere des Arsens und bestimmter Salben, ist oder nicht ist. Nicht selten enden diese Fälle unter Abheilung mit ungewöhnlich intensiven Pigmentationen; und auch diese Tatsache hat zur Diskussion insofern Veranlassung gegeben, als dieselben durch die therapeutischen Maßnahmen, nämlich durch das Arsen, bedingt sein könnten, so daß lediglich eine Arsenmelanose vorliegen würde.

Es gibt somit genügend Unklarheiten bei Behandlung dieses Themas, um die Publikation des nachfolgenden Falles zu rechtfertigen.

Frau H., 31 Jahre alt, aufgenommen am 4. II. 1928.

Anamnese: Die Patientin gibt an, daß sie Mitte Oktober 1927 zahlreiche, etwa zweimarkstückgroße und kleinere, meist rundliche, rote Flecken bekam, die vor allem in der Bettwärme stark juckten und im Niveau der Hautdecke lagen. Die Flecken saßen zunächst in der rechten, dann auch linken Hüfte und gingen später auf die Oberschenkel über. Hier sollen die Erscheinungen indessen quaddelartig gewesen sein. Die Erkrankung wurde vom Arzt zunächst für Krätze gehalten. Durch Salbe, Seife und Bäder soll die Entzündung der Haut ständig fortgeschritten sein, ganz besonders unter den Brüsten. Hände, Hals und Gesicht blieben völlig frei, während die Fußrücken befallen waren. Aus den glatten, roten Flecken entwickelten sich allmählich beetartig erhabene, mehr oder weniger scharf begrenzte Hautveränderungen, die unerträglich juckten und fast völlige Schlaflosigkeit verursachten, worunter das Allgemeinbefinden nicht unerheblich litt. Die Hautveränderungen bekamen blaurote Farbe, schuppten teilweise und entzündeten sich durch das Kratzen immer mehr. Besonders stark waren die Hüften befallen. Ende Dezember traten plötzlich zahlreiche Blasen von Linsen- bis Bohnengröße auf, deren Inhalt durchsichtig oder auch rötlich gewesen sein soll. An den Stellen, wo die Blasen saßen, war der Juckreiz besonders stark, so daß die Patientin sich die Blasen stets selbst mit der Nadel öffnete, wonach Linderung eintrat. Die Blasen saßen angeblich auf geröteter wie auch unveränderter Haut. Die Patientin bringt das Auftreten der Blasen mit Schwefelsalben, die der Arzt verordnete, in Zusammenhang.

Digitized by Google

Aufnahmebefund: Große, kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustand. Die Hautdecke des Rumpfes vom Halse abwärts, der unteren und im geringeren Ausmaße auch der oberen Extremitäten zeigt hochgradige Veränderungen. Man sieht zahlreiche, urtikariaähnliche, beetförmige Erhebungen, deren Kuppe meist von einer eingetrockneten, verkrusteten, etwa linsengroßen Blase eingenommen wird. Die Beete sind vielfach von ovaler Gestalt, deren Längsachse in der Spaltrichtung der Haut gelegen ist. An anderen Stellen, so besonders beiderseits in den Hüften, ist die Haut flächenhaft gerötet und mit dicken Krusten und Schuppen bedeckt. Kleinere derartige Herde sieht man auch an den Extremitäten, nur die Unterarme sind fast frei. Doch findet sich auch hier vereinzelt Blasenbildung innerhalb erythematöser Haut. Vor allem am Rücken sitzen vesikulöse Herde von herpetiformem Charakter. Vereinzelt sind Kratzeffekte erkennbar.

Die Mundschleimhaut weist keinen pathologischen Befund auf. Es bestehen keine Drüsenschwellungen, die Temperatur ist normal. Die inneren Organe, das Nervensystem, der Urin sind o. B. WR negativ.

Blutstatus:	Erythrozyten	3,22 Mill.
	Leukozyten	6800
	Segmentkernige	67%
	Stabkernige	3%
	Eosinophile	10%
	Basophile	1%
	Lymphozyten	14%
	Monozyten	5%

Verlauf: Auf Grund dieses Befundes ließ sich zunächst eine sichere Diagnose nicht stellen. Der urtikarielle, herpetiforme, ekzematöse Charakter der Erkrankung ließ an Dermatitis herpetiformis Duhring denken. Indessen änderten sich die Erscheinungen nach etwa dreiwöchiger Beobachtung derart, daß nunmehr ein klares Urteil zu gewinnen war.

Unter mildester, antipruriginöser und antiphlogistischer Therapie wie Unnas Schwefelzinkpaste, Balnazidbädern usw. (Salizyleuzerin von nur geringer Konzentration steigerte die Entzündung!), schwanden die Erythemflecken und die akut entzündlichen, ekzematösen Erscheinungen, und das Jucken ließ etwas nach. Die beetartigen, urtikariellen, vorher vielfach völlig glatten Erhebungen formten sich derart um, daß sie mehr oder weniger deutlich wie Chagrinleder gefeldert erschienen und aus planen, polygonalen, wächsern glänzenden, bläulichroten, zentralgedellten Knötchen zusammengesetzt waren. Reste von Bläschen, die vielleicht mit den von Jadassohn beschriebenen Borkenknötchen identisch sind, waren innerhalb dieser Herde auch jetzt noch vereinzelt nachweisbar, es traten aber auch hier und dort neue Bläschen auf geröteter Haut auf; der Inhalt war wasserklar. Anderenorts standen die Knötchen isolierter oder perlschnurartig angeordnet innerhalb erythematöser Hautzonen. Aber auch völlig frische, typische Lichenknötchen schossen auf unveränderter Haut gleichzeitig auf, während zu Beginn der Beobachtung nirgends ein typisches Lichenknötchen gesehen wurde, was noch besonders hervorgehoben werden soll.

Hiermit war die Diagnose Lichen ruber planus et vesiculosus gesichert und der Gang der Therapie vorgezeichnet. Es wurde 2mal pro Woche 0,1—0,2 Salluen i. m. injiziert. Schon nach wenigen Injektionen war die Rückbildung deutlich, und der Juckreiz schwand immer mehr. Es traten „Gemmenformen" auf. Im Blut ging die Eosinophilie von 10% auf 2% herunter. Zur Beschleunigung des Ablaufes wurden außerdem Röntgenstrahlen verabfolgt.

Das augenfälligste Involutionssymptom waren die von Tag zu Tag zunehmenden, tiefbraunschwarzen Pigmentationen, die überall dort auftraten, wo die Haut hochgradig akut erkrankt gewesen war. An anderen, mäßiger befallenen Hautregionen waren nach Rückbildung die Pigmentationen zwar auch sehr deutlich, aber nicht derart intensiv. Depigmentationen an Stelle der abgeheilten Blasen, wie sie Bettmann u. a. beschreiben, haben wir nicht gesehen.

Heute, am 3. IV. 1928, also 2 Monate nach der Krankenhausaufnahme, zeigt die Patientin noch starke Pigmentierung an allen früher befallenen Körperzonen, ganz besonders in den Hüften. Das Hautrelief ist hier noch nicht völlig normal. Innerhalb der Pigmentierung sieht man einzelne bläulichrote, polygonale Lichenknötchen, vereinzelt auch anderenorts. Der Juckreiz ist beinahe völlig geschwunden, die Patientin

Digitized by Google

bekommt ausreichenden Schlaf. Blasen sind nicht mehr vorhanden, aber noch vor 10 Tagen nachweisbar gewesen; sie zeigten sich auf geröteter, wie völlig normaler Haut. Eine Umwandlung von Lichenknötchen zu Blasen wurde nicht beobachtet.

Histologie: Die erste Exzision wurde zur Zeit der akuten Reizerscheinungen vorgenommen. Man sieht innerhalb der obersten Schichten des akanthotischen Epithels ein Bläschen, dessen Grund den Papillarkörper nicht erreicht, vielmehr von ihm durch mehrere Stachelzellschichten getrennt ist. Während der Verhornungsprozeß am übrigen Epithel bei einem höchstens dreischichtigen Stratum granulosum normal abläuft, ist innerhalb der Blasenzone Parakeratose; das Bläschen selbst liegt mitten in der parakeratotischen Schicht, denn auch der Blasengrund wird von einer ein- bis zweischichtigen, parakeratotischen Zellreihe eingenommen. Der Blaseninhalt besteht aus massenhaften, polymorphkernigen Leukozyten und Serumbestandteilen. Im Rete Malpighii unterhalb der Blase findet sich geringe Leukozyteneinwanderung. Man sieht Papillarkörperödem. Die Zellinfiltration innerhalb des kollagenen Bindegewebes, vor allem auch im Papillarkörper, ist nicht hochgradig und besteht vornehmlich aus polymorphkernigen Leukozyten und Rundzellen; man sieht auch eosinophile Zellen. Die polymorphkernige Leukozyteninfiltration ist vor allem perivaskulär sehr deutlich ausgesprochen und sogar bis in die tiefen Zonen des Koriums, ja bis in das Fettgewebe hinein deutlich verfolgbar. Gefäße und Lymphspalten sind nicht unerheblich dilatiert. Eine scharfe, strichartige Grenze des Infiltrates in den obersten Koriumzonen nach unten zu, wie wir es sonst bei Lichen ruber zu sehen gewohnt sind, fehlt hier also völlig. Die Elastinstruktur ist noch einigermaßen erhalten.

Wesentlich anders liegen die Dinge bei der zweiten Exzision, die in einem Zeitpunkt vorgenommen wurde, als die Diagnose schon klinisch gesichert war. Der Blaseninhalt ist hier völlig serös; es finden sich nur noch suspendierte Kerntrümmer. Beachtenswert sind unterhalb und etwas seitlich von der Blase Degenerationserscheinungen an den Stachelzellen. Das Zellplasma nimmt das saure Eosin begieriger auf, die Zell- und Kernstruktur ist vielfach undeutlich, die Zellgrenzen sind verwaschen. Wir haben hier den Beginn einer Erscheinung vor uns, die man als kolloide Entartung bezeichnet. Diese sogenannten „kolloiden Schollen" können bei einem hochgradig akanthotischen Epithel naturgemäß weit ins Bindegewebe vorgeschoben sein und den Eindruck erwecken, als ob sie genetisch dem Bindegewebe selbst zugehörten. Die Abbildung, die Kyrle in seiner Histo-Biologie gibt, spricht unseres Erachtens darum nicht dafür, daß diese eosinophilen Schollen dem Papillarkörperbindegewebe genetisch angehören, wie dies zuerst von Jarisch angegeben worden ist. Die übrigen Epithelteile seitlich der Blase entsprechen völlig dem histologischen Bild des Lichen ruber planus: geringe Hyperkeratose, 6—8schichtige Granulose und erhebliche Akanthose. Die obersten Schichten des Koriums werden von einem reichlichen Rund- und Bindegewebszellen-Infiltrat eingenommen, dessen untere Grenze scharf abgegrenzt erscheint. Es findet sich reichliche Pigmentablagerung in der Pallisadenschicht und in dem auch hier ödematösen Papillarkörper. Gefäße und Lymphspalten sind erheblich erweitert und bis in die tieferen Koriumschichten verfolgbar mit Rundzellen, teilweise auch mit Plasmazellen eingescheidet. Schichtenweise erscheint das tiefe Bindegewebe gequollen. Die Elastinstruktur ist im Papillarkörper fast völlig zerstört.

Wenn man bei Betrachtung des Falles von diesem histologischen Befund ausgeht, so erscheint es völlig verständlich, weshalb die Diagnose anfangs unmöglich war. Wir haben eine akut entzündliche, im wesentlichen perivaskuläre Gewebsinfiltration vor uns, die recht uncharakteristisch ist. Aus ihr entwickelt sich innerhalb von 2—3 Wochen ein Infiltrat von chronischem Charakter, das im Verein mit typischen Epithelveränderungen auch histologisch die Diagnose Lichen ruber planus ermöglicht. Abweichend vom normalen Bilde sind nur die auch jetzt noch tiefgehenden, perivaskulären Plasmazelleninfiltrate, die indessen als Rückbildungserscheinungen des zunächst hochgradig akuten und langwierigen Reizstadiums durchaus verständlich erscheinen, und weiterhin die Bläschenbildung in den obersten Teilen des Epithels.

Die akuten Entzündungserscheinungen müßten der Vorgeschichte nach Monate hindurch bestanden haben, und es erscheint die Frage be-

Digitized by Google

rechtigt, ob nicht die Therapie die Ursache hierfür gewesen ist. Die Erkrankung scheint sofort recht stürmisch begonnen und klinisch dem Bilde des Lichen ruber scarlatiniforme Hallopeau entsprochen zu haben. Es ist eine bekannte Tatsache, daß gerade bei den blasenbildenden Formen Akuität des Prozesses und Überempfindlichkeit gegen manche Salben beobachtet werden. Der Fall von Bettmann schien nach Anwendung von Salizylsalbe mit neuer Blasenbildung zu reagieren, und auch unser Fall vertrug diese Salbe nicht. Vor ihrer klinischen Aufnahme ist die Patientin mit hochprozentigen Schwefelsalben und anderen antiskabiösen Mitteln behandelt worden, auf deren Anwendung sie selbst die Blasenbildung zurückführt. Wir glauben uns zu der Annahme berechtigt, daß diese Therapie ganz wesentlich das akute Stadium der Erkrankung verlängert hat; hierfür spricht schon der unvermittelte Umschlag in das chronisch-entzündliche Stadium bei mildester klinischer Therapie. Auf der anderen Seite nehmen wir aber nicht an, daß die ungeeignete Therapie das akute Stadium a priori provoziert hat. Nach den Schilderungen der Patientin ist anzunehmen, daß der Beginn des Leidens ein stürmischer, für den schulmäßigen Lichen ruber planus ungewöhnlicher gewesen ist, noch bevor eine Salbenbehandlung eingeleitet wurde.

Kompliziert wird die Beurteilung noch dadurch, daß die Patientin von dem vorbehandelnden Arzt einen Monat nach Beginn der Erkrankung Arsentropfen verordnet bekommen hat. Sie hat innerhalb von 14 Tagen in toto 2,5—3 ccm Fowlersche Lösung eingenommen, dann wurde dieselbe abgesetzt. Wir wissen, daß das Arsen die Entzündungsbereitschaft der Haut heraufsetzt und nicht selten Blaseneruptionen an ihr verursacht. Es läßt sich nicht entscheiden, inwieweit das Arsen seiner Zeit die Akuität des Prozesses, insonderheit die Blasenbildung gefördert hat. Daß aber das Arsen für die Blasenbildung nicht allein verantwortlich gemacht werden kann, erhellt aus folgender Erwägung: Wenn auch das Arsen vom Körper sehr langsam wieder ausgeschieden wird, so ist doch kaum vorstellbar, daß noch nach 3 Monaten infolge dieser geringen Arsengaben frische Blasen aufschießen, zu einer Zeit, wo die Lichenknötchen sich bei Sallueninjektionen involvieren. Der Arsengehalt des Salluens ist minimal, fast homöopathisch zu nennen; praktisch wird ihm daher keine Bedeutung zukommen. Man gewann unter der Therapie auch nicht den Eindruck, daß ihr ein provokatorischer Faktor hinsichtlich der Blasenbildung eigen ist, eher das Gegenteil. Bei Entlassung der Patientin waren Blasen nicht mehr nachweisbar.

Wir schließen aus dem Gesagten, daß es offenbar Fälle von Lichen ruber planus gibt, die unter akutesten Symptomen beginnen, bei ausgedehnten, zum Teil urtikariellen und vesikulösen Erythemen das typische Lichenbild im Sinne eines Lichen ruber scarlatiniforme Hallopeau verdecken und bei ungeeigneter Therapie Monate hindurch in diesem akuten Stadium bleiben können. Der letzte Punkt ist besonders beachtenswert; ohne eine solche Annahme erscheint unser Fall unverständlich. Die Verhältnisse liegen bei derart atypisch beginnenden Fällen jedenfalls so, daß die Haut generell gegen alle innerlich wie äußerlich angewandten Medikamente, die erfahrungsgemäß die Entzündungsvorgänge der Haut in stärkeren Dosen steigern, auch in geringen Gaben überempfindlich ist

Digitized by Google

und mit fulminanten Reaktionen antwortet. Die an und für sich schon hochgradig gesteigerten Entzündungsprozesse mögen infolge der Therapie (Arsen und Salben) bis zur Blasenbildung sich steigern können, wie bei manchen entzündlichen Dermatosen eine auch verhältnismäßig milde Therapie zu Blaseneruptionen führen kann. Unser Fall scheint aber genau wie verschiedene Mitteilungen in der Literatur (Róna, Kaposi, Neuberger, Bettmann, Finger u. a.) darzutun, daß die Intensität des Exsudationsprozesses auch spontan zur Bläschenbildung führen kann. Wir beobachteten letztere nicht nur im Eruptionsstadium, sondern im Gegensatz zu Bettmann u. a. auch im regressiven Stadium der Erkrankung, wo äußere Reize in obigem Sinne schon seit langem völlig ausgeschlossen waren. Freilich läßt sich nicht entscheiden, inwieweit mechanische Irritationen, wie Kratzen, Reiben, Druck usw., für die Blasenbildung von Bedeutung sind, worauf Mendes da Costa und Trautmann mit Recht aufmerksam gemacht haben.

Es wurden von uns nur kleinere und kleinste Blasen höchstens bis zur Größe einer Linse gesehen. Daraus ergibt sich von selbst, daß ein gleichzeitiger Pemphigus ausgeschlossen werden kann. Unser Fall bildet den Übergang von den reinen erythematösen, desquamativen zu den pemphigoiden Formen des Lichen ruber planus acutus. Weshalb es einmal zur Blasenbildung kommt und das andere Mal nicht, weshalb hier kleine Blasen, dort große gebildet werden, bleibt unerklärt.

Aus gleichen Gründen, wie wir die Arsenmedikation für die Blasenbildung als conditio sine qua non für unseren Fall ablehnen, können wir dieselbe für die ganz ungewöhnlich intensiven Pigmentationen als ursächliches Moment ausschließen. In diesem Sinne spricht der Umstand, daß die Pigmentierung zu einem Zeitpunkt begann, wo die geringen Arsendosen bestimmt vom Körper ausgeschieden waren, und zwar 3 Monate nach der letzten Aufnahme per os. Ferner waren andere Symptome einer Arsenikwirkung, wie z. B. Hyperkeratosen, nicht vorhanden. Bettmann weist darauf hin, daß in der französischen Literatur Fälle existieren, bei denen nach Lichen ruber ausgedehnte Pigmentierungen auch ohne jegliche Arsenmedikation zur Beobachtung gelangten. Offenbar haben, wie auch Bettmann annimmt, diese akuten Fälle eine ganz besonders starke Neigung zur Pigmentierung.

Es mag daher nach Bettmanns Vorschlag sehr wohl angängig sein, eine besondere Gruppe von Lichenfällen abzugrenzen, deren Besonderheit in der Akuität des Krankheitsbeginnes unter Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, in der hochgradigen Mitbeteiligung des Hautgefäßsystems mit intensiver Exsudation, die verschiedene Grade erreichen kann — von mehr oder weniger diffusen Erythemen mit teilweise urtikariellem Charakter bis zu vesikulösen, pemphigoiden Erscheinungen —, ferner in ganz ungewöhnlich starken Pigmentablagerungen im Stadium der Abheilung und schließlich in einer Überempfindlichkeit gegenüber äußerer wie innerer Therapie liegen würde; im Anfangsstadium zur Zeit der hochgradigen Entzündung können typische Lichen-Primäreffloreszenzen völlig fehlen, so daß sich erhebliche diagnostische Schwierigkeiten ergeben, ja sogar die Diagnose, wie in unserem Falle, vollends unmöglich sein kann.

Digitized by Google

Schlußbemerkungen: Das Besondere des Falles scheint darin zu liegen, daß das akute Initialstadium sich über Monate erstreckte. Wahrscheinlich ist eine unzweckmäßige Behandlung die wesentliche Ursache hierfür gewesen. Nach geeigneter Therapie kam es zu einem plötzlichen Umschlag von den sowohl klinisch wie histologisch völlig uncharakteristischen Entzündungssymptomen zu typischen, dem Lichen ruber planus zugehörigen Effloreszenzen, wodurch eine sichere Diagnose erst ermöglicht wurde. Die in den obersten Epithellagen befindlichen Bläschen traten im Eruptions- wie auch im Rückbildungsstadium auf. Derartige Fälle von Lichen ruber planus mit akutem Beginn und hochgradigen Exsudationsprozessen scheinen, wie die Literatur ergibt, äußerst mannigfaltig in ihren Symptomen zu sein: Erytheme, Blasen und plane Knötchen können gleichzeitig an der Haut als erste Erscheinungen zur Beobachtung gelangen, in anderen Fällen treten zunächst nur Erytheme und Blasen auf und eine bestimmte Zeit später entwickeln sich hieraus Lichenefflorescenzen; hier sehen wir nur große Blasen, dort nur Bläschen; dieselben gelangen in einem Falle nur im Eruptionsstadium, im anderen nur im Involutionsstadium zur Beobachtung. Es würde zu weit führen, alle in der Literatur beschriebenen Varietäten hier des Genaueren zu betrachten, wir verweisen auf die zusammenfassenden Arbeiten von Tamm und Trautmann. Trotz dieser Vielgestaltigkeit des klinischen Bildes sind Genese und Grundprinzip dieser akuten Lichenformen wahrscheinlich einheitlich: Akuität, Exsudation und Irritabilität sind die Faktoren eines Krankheitsproduktes, dessen Variationen durch die Intensität jedes einzelnen Faktors und durch die gegenseitige Abhängigkeit dieser Faktoren untereinander bedingt werden. Äußere und innere Therapie können sicherlich von großem Einfluß für die Symptome des Krankheitsbildes und den Intensitätsgrad der Exsudation sein. Der Salben- und Arsenbehandlung möchten wir hinsichtlich der Bläschenbildung bei unserem Fall eine zwar fördernde, aber nicht ursächliche Bedeutung beimessen. Es mag sehr wohl sein, daß auch äußere mechanische Irritationen bei solchen akuten Fällen für die Erscheinungen teilweise verantwortlich gemacht werden können. Die hochgradigen Pigmentationen können auf eine Arsenwirkung nicht bezogen werden.

Literatur

1. Bettmann, Derm. Zschr., 1901, Bd. 8. — 2. Finger, W. m. W., 1904, Nr. 4. — 3. Hallopeau, vgl. Handb. d. Hautkr. Mraček, 1905, Bd. 2, S. 580. — 4. Jadassohn, Festschr. f. Kaposi. Arch. f. Derm., 1900, S. 885. — 5. Jarisch, Die Hautkrkh. in d. sp. Path. u. Therap. von Nothnagel, 1908, S. 623. — 6. Kaposi, Arch. f. Derm., 1892. — 7. Kyrle, Histo-Biologie, 1925, Bd. 1, S. 186. — 8. Mendes da Costa, Mh. f. pr. Derm., 1904, Bd. 38. — 9. Neuberger, Verhandl. d. 4. Derm.-Kongr., 1894, S. 515. — 10. Róna, Mh. f. pr. Derm., 1887, Bd. 6. — 11. Tamm, Derm. Zschr., 1915, Bd. 22. — 12. Trautmann, Derm. Zschr., 1906, Bd. 13.

Digitized by Google

Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover
(Direktor: Prof. Dr. Stümpke)

Über einen Fall von Trichophytid

Von

Ass.-Arzt Dr. med. Blut

Mit 3 Abbildungen im Text

Durch Jadassohn (1) wurde nach wiederholter Beobachtung von lichenoiden Exanthemen bei Kindern mit tiefen Trichophytien im Jahre 1911 der Zusammenhang dieser Exantheme mit der Primärerkrankung zuerst geklärt. Bloch (2) bezeichnet später die Exantheme als Trichophytide in Analogie zu den Tuberkuliden. Weiterhin wurde dann die hämatogene Pathogenese von Jessner (3) und Ambrosoli (4) bewiesen, indem es beiden gelang, Pilze aus dem Blut von Trichophytidkranken zu züchten. Auch in der neueren Literatur finden sich Angaben über Pilzzüchtungen aus dem Blute von Trichophytidkranken. So berichtet Masia (5) über einen Fall bei einem Knaben mit Kerion Celsi, hervorgerufen durch ein Trichophyton cerebriforme, bei dem sich dieser Pilz aus dem Blute züchten ließ. Ferner gelang Falchi (6) bei einem typischen lichenoiden Trichophytid der kulturelle Nachweis von Trichophyton plicatile im Blut. Auch Ballagi (7) konnte bei 14 an Trichophytid Erkrankten, meist Kindern, in 5 Fällen Pilze im Blut kulturell nachweisen. Durch diesen mehrfach geführten Pilznachweis erscheint die hämatogene Entstehung der Trichophytide als wohl hinreichend geklärt, wobei aber die Frage offen bleibt, ob die Pilze selbst oder die Toxine als unmittelbare Ursache für die Entstehung der Trichophytidexantheme anzusehen sind. Nach Ansicht der meisten Autoren sind es wohl die Pilze selbst. Als weiteren Entstehungsmodus muß man auch noch nach einem Befund von Sutter (8), der Pilzelemente in einer Lymphdrüse nachwies, an eine lymphogene Ausbreitung denken. Damit es aber zu einer Aussaat der Pilze bzw. zu ihrem Haften kommt, ist es nötig, daß eine gewisse Hautallergie besteht, die ihrerseits wiederum durch die erhöhte Sensibilität gegenüber Trichophytonimpfstoffen bewiesen ist.

Als provozierende Ursachen des Lichen trichophyticus führen einige Autoren, wie Chalipskij (9) und Braude (10) die Röntgenbestrahlung, ferner auch sonstige chemische, mechanische und physikalische Reize an. Ersterer fand, daß bei 11 Trichophytiden, die in der größten Mehrzahl ihren Ausgang von oberflächlichen Trichophytiden nahmen, eine jeweilige Röntgenepilationsdosis als Provokation wirkte, zumal er den Ausbruch des Trichophytids jedesmal am Ende der Röntgenlatenzperiode beobachten konnte. Der Autor glaubt, daß Röntgenepilationsdosen den Übergang einer Oberflächen- in eine tiefe Trichophytie befördern und

Digitized by Google

somit das Auftreten von Trichophytiden begünstigen können. Neben ihm steht auch Braude auf dem Standpunkt, daß sehr wohl oberflächliche Trichophytien Ausgangspunkt von Trichophytiden sein können, im Gegensatz zu vielen anderen Autoren, die nur bei tiefer Trichophytie Exantheme nach Art der Trichophytide beobachteten. Was die Form der Exantheme anbetrifft, so bestehen sie nach den Angaben der meisten

Abb. 1. Trichophytid, aufgenommen 18 Tage nach Ausbruch

Abb. 2. Aufnahme am gleichen Tage wie Abb. 1

Autoren aus gruppierten follikulären, plan- bis konisch lichenoiden Knötchen. Rajka (11) konnte Fälle beobachten, die einen rein skarlatiniformen Charakter hatten, und Ballagi beschreibt Fälle von papulovesikulösen, varioliformen und Erythema nodosum-artigen Trichophytiden.

Die wenig große Häufigkeit eines Trichophytids, ausgehend von einer superfizialen Trichophytie veranlaßt uns, folgenden Fall mitzuteilen:

A. S., 15 Jahre, kommt am 26. III. wegen eines ausgedehnten Ausschlages am Körper.

Anamnese: Vor 3 Monaten sei an der rechten Schläfe ein talergroßer Hautausschlag aufgetreten, der näßte und sich allmählich über die rechte Wange und das rechte

Digitized by Google

Ohr ausgebreitet habe. Vor 8 Tagen seien plötzlich ohne weitere Allgemeinerscheinungen rote Knötchen am ganzen Körper aufgetreten.

Befund: Kleiner, dürftig entwickelter Knabe; innere Organe ohne krankhaften Befund.

Zervikal-, Axillar- und Inguinaldrüsen bis bohnengroß, nicht druckschmerzhaft.

Die Haut der rechten Gesichtshälfte ist bis über das rechte Ohr hinaus, letzteres mit befallend, und weiterhin die des behaarten Kopfes in Ausdehnung des rechten Os temporale et parietale einnehmend, in nässender Entzündung begriffen und mit stellenweise stark entwickelten honiggelben krustösen Auflagerungen bedeckt. Ebenfalls stark entzündlich verändert sind Ober- und Unterlippe, auch das Lippenrot. Die linke Ohrmuschel zeigt gleichfalls starke Entzündung und borkige Auflagerungen. Über den Stamm verstreut, vornehmlich am Abdomen, den Seitenpartien, Rücken, Leistenbeugen und der perigenitalen Region lokalisiert, aber auch zahlreich an der oberen Brust und Hals, vereinzelt an den Extremitäten, finden sich follikulär gelegene, zum Teil plan-,

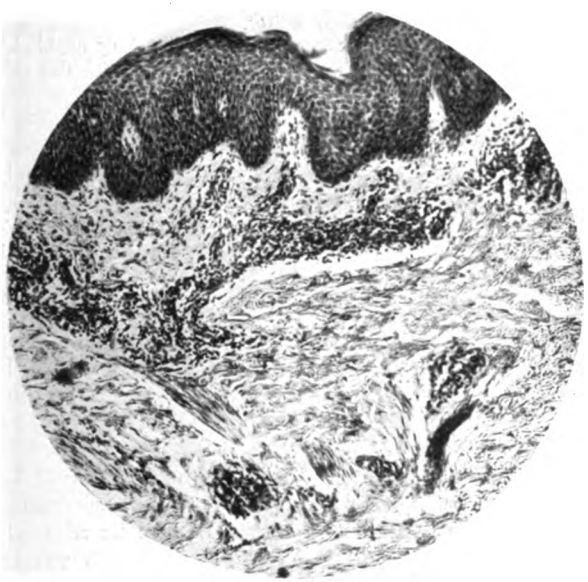


Abb. 3. Schnitt durch das Zentrum einer Trichophytideffloreszenz

zum Teil konisch-lichenoide Knötcheneffloreszenzen, die in Gruppen von etwa Linsen- bis Einpfennigstückgröße zusammenstehen und bei oberflächlichem Hinsehen zuerst als kontinuierliche Flecken imponierten. Die Effloreszenzen zeigen alle eine deutlich entzündliche Rötung und Infiltration. Ferner finden sich zarte Schuppenauflagerungen auf denselben. Es gelang, in den Schuppenauflagerungen des Exanthems Pilze (Trichophyton) nachzuweisen.

Mikroskopischer Befund eines aus der oberen Rückenpartie exzidierten Herdes:

Die Epidermis zeigt in ihren einzelnen Zellagen keine Veränderungen, vor allem keine destruktiver Art. Wohl aber besteht eine mäßige Hyperkeratose. Als wesentlichste Veränderung findet sich eine perivaskuläre Zellinfiltration, in unbedeutenderem Maße auch eine papilläre und subpapilläre Zellinfiltration außerhalb der eigentlichen Gefäßregion. Das Bindegewebe und die Drüsen zeigen keine pathologischen Veränderungen.

Blutbild: Hämoglobin 67,5%, Leukozyten 7200, Erythrozyten 3950000, Lymphozyten 32%, Neutrophile 65%, Eosinophile 3%, WR —, MTR —, Urin: E —, Z —. Im Sediment einige Leukozyten und Epithelien.

Stoffwechseluntersuchung: GU + 22%, spez. dynam. Wirkung + 17%.

Digitized by Google

Verlauf: 27. III. 1928: Pat. wird überall mit 2%igem Salizyl, 5%iger Schwefelvaseline verbunden und erhält außerdem Olobintininjektionen intramuskulär.

11. IV. 1928: Da die Entzündungserscheinungen des Primärherdes am Kopf nicht zurückgehen, wird der behaarte Kopf mit Blaulicht, beginnend mit 5 Min., tgl. 1 Min. steigend bestrahlt. Die Trichophytidherde involvieren sich gut.

14. VI. 1928: Eine Trichophytinimpfung in einer Verdünnung von 1:10, davon 1 ccm intradermal injiziert, ergibt keine Stich-, Herd- und Allgemeinreaktion.

16. VI. 1928: 0,1 ccm Trichophytin intradermal injiziert gibt eine deutliche Stickreaktion.

23. IV. 1928: Es werden nunmehr 0,2 ccm Trichophytin intradermal injiziert; die Stichreaktion ist deutlicher als bei der zweiten Impfung. Der primäre Trichophytieherd heilt unter Blaulichtbestrahlung, deren Dauer auf 13 Min. gestiegen ist, und Salizyl-Schwefelsalbe gut ab. Ebenso zeigt das Trichophytid unter genannter Salbenbehandlung eine wesentliche Besserung.

27. IV. 1928: Eine vierte Trichophytinimpfung mit 0,3 ccm intradermal ergibt eine noch stärkere Stichreaktion als die dritte. Herd- und Allgemeinreaktion wurden bei allen 4 Impfungen von uns nicht beobachtet.

8. V. 1928: Pat. wird mit 10% Schwefeltrockenpinselung nachbehandelt und wird in Kürze das Krankenhaus verlassen, weil die Trichophytie und das sekundäre Trichophytidexanthem fast abgeheilt sind.

Literatur

1. Jadassohn, Korr. Bl. Schweiz., 1912, S. 24. — 2. Bloch, Allgem. pathol. Bedeutung der Dermatomykosen. Marhold 1913. — 3. Jessner, Arch. f. Derm., 136 u. 140. — 4. Ambrosoli, Giorn. ital. delle mal. vener., 1921, Bd. 62; Ref. Z. f. H., 2, 351. — 5. Masia, Giorn. ital. delle mal. vener., 1924, Bd. 65, H. 3, S. 1258—1285. — 6. Falchi, Boll. d. soc. med.-chir. Pavia, 1926, Jahrg. 1, H. 3, S. 489—516 — 7. Ballagi, Orv. Hetilap, 1926, Jahrg. 70, Nr. 44, S. 1191—1192. — 8. Sutter, Boll. d. soc. med.-chir. Pavia, 1926, Jahrg. 1, H. 3, S. 489—516. — 9. Chalipskij, Venerologija i dermatologija, 1926, Nr. 6, S. 902—909. — 10. Braude, Zschr. f. Kindhlk., 1927, Bd. 43, H. 5, S. 525—536. — 11. Rajka, Derm. W., 1923, Bd. 76. Nr. 26a, S. 574—577.

Aus dem Institut für Tierpathologie der Universität München
(Vorst.: Geh. Vet.-Rat Prof. Dr. Th. Kitt)

Beitrag zur Färbung der Pilze von Favus und Herpes tonsurans[1])

Von

Dr. Eduard Heidegger, Assistent

Mit 5 Abbildungen im Text

Für die färberische Darstellung der tier- und menschenpathogenen Fadenpilze gibt es viele Vorschriften. Ledermann hat in seinem Sammelreferat „Haut" (v. Kraus, Enzyklopädie der mikroskopischen Technik. Berlin 1926) ungefähr 20 solcher Methoden von verschiedenen Autoren

[1]) In der Tiermedizin versteht man unter Herpes eine ansteckende Hautkrankheit, die sogenannte Glatzflechte, kahlmachende Flechte; sie wird hervorgerufen durch einen Fadenpilz, den Trichophytonpilz, der von Gruby (1842) und von Malmsten (1846) beim Menschen entdeckt und vom letzteren als Trichophyton tonsurans benannt wurde; bei einem Pferd wurde der Pilz zuerst von Bazin (1853) gesehen.

Digitized by Google

zusammengestellt. Am besten bewährt haben sich die Färbemethoden nach Gram, Weigert und Herxheimer-Unna. Die meisten Färbungen können jedoch erst nach stundenlanger Behandlung mit Äther, Alkohol und Kalilauge ausgeführt werden und sind zudem mehr oder weniger kompliziert, da es sich um kombinierte Färbemethoden (Kontrastfärbungen) handelt.

Abb. 1. Herpes tonsurans beim Kaninchen. Der Schnitt trifft ein Haar in der Längsrichtung, die Haarscheide ist ausgefüllt von zahlreichen Herpessporen. 400fache Vergrößerung

Verhältnismäßig einfach lassen sich die Pilze von Favus und Herpes tonsurans durch Färbung mit Methylgrün-Pyronin nachweisen, wobei sich Fadenpilze und Kerne des umliegenden Gewebes gleichzeitig und in kontrastierendem Kolorit färben. In der mir zugänglichen diesbezüglichen Literatur befinden sich keine Hinweise auf die Brauchbarkeit dieser Farblösung zur Favus- und Herpesfärbung. Man verfährt hierbei folgendermaßen:

1. Paraffinschnitte von formolfixiertem Material werden 10 bis 20 Minuten gefärbt, einige Sekunden in Wasser abgespült und ganz kurz

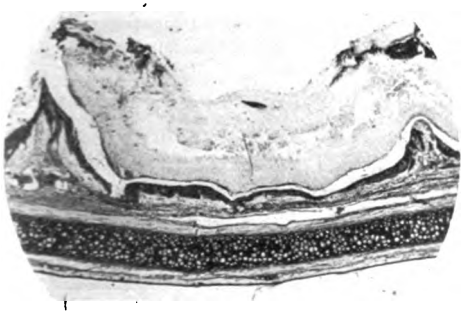


Abb. 2. Schnitt durch Favus-Skutula am Ohr eines Kaninchens. 20fache Vergrößerung

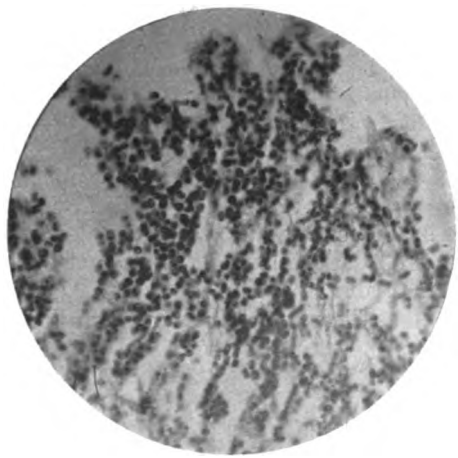


Abb. 3. Inneres des obigen Skutulums, eine Reinkultur des Favuspilzes. 370fache Vergrößerung

in 60%igem Alkohol differenziert; hierauf rasches Entwässern in absolutem Alkohol, Xylol, Kanadabalsam.

Digitized by Google

Resultat: Herpessporen und -myzelien leuchtend rotbraun, Zellkerne der verschiedenen Hautschichten und der Marksubstanz der Haare dunkelblauviolett, ebenso lymphozytäre Gewebsinfiltrationen bei Entzündungszustand der Haut, Protoplasma rötlich. Favussporen und -myzelien blauviolett, im übrigen wie vorher (siehe Abb. 1, 2 u. 3).

2. Zupfpräparat. Abgeschabte Borken und Epidermisteile werden mittels Zupfnadeln möglichst zerkleinert und ohne vorherige Aufhellung in Kalilauge oder Entfettung mit Äther-Alkohol in einem Blechschälchen in der Farblösung einmal kurz aufgekocht und 10 Minuten stehengelassen. Kurzes Abspülen in Wasser und Einbetten in Glyzeringelatine unter leichtem Andrücken des Deckglases, so daß sich das weiche und mürbe Material glatt und in dünner Schicht ausbreitet.

Abb. 4. Herpes beim Rind. Gefärbtes Zupfpräparat mit zahlreichen Myzelfäden. 400fache Vergrößerung

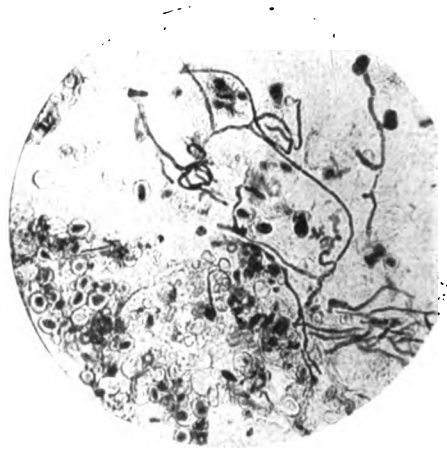


Abb. 5. Herpeskultur mit verschiedenen Fruktifikationsformen. 350fache Vergrößerung

Resultat wie bei Paraffinschnitten (siehe Abb. 4).

3. Kulturen: Teilchen des Pilzrasens werden in einem Uhrglasschälchen in der Farblösung leicht erwärmt und 1 Stunde stehengelassen; auf dem Objektträger wird ein stecknadelkopfgroßes Teilchen, nachdem man die überschüssige Farbe mit Fließblatt abgesaugt hat, unter Zugabe eines Tropfens Wasser durch leichtes Andrücken des Deckglases flach ausgebreitet. Paraffinumrahmung, kein Dauerpräparat.

Resultat: Myzelien und Sporen dunkelviolett (siehe Abb. 5).

Zu obigen Färbungen benutzte ich eine von Dr. G. Grübler & Co., Leipzig, gelieferte Farblösung von Methylgrün-Pyronin in der bekannten Zusammensetzung nach Unna-Pappenheim; als Material stellte mir Geh.-Rat Kitt ein mit Mäusefavus und ein mit Rinderherpes infiziertes Kaninchen sowie eine Kartoffelkultur von Rinderherpes zur Verfügung.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. Buschke)

Über die Beeinflussung der Thalliumwirkung durch Hormone

Bemerkungen zu der Arbeit von K. v. Berde in dieser Wochenschrift, Bd. 86, Nr. 24

Von

Prof. Dr. A. Buschke und Dr. Bruno Peiser

In einer gleichnamigen Arbeit in Nr. 24 der Dermatologischen Wochenschrift gibt v. Berde seine Thalliumepilationsversuche an Ratten bekannt, die er in Kombination mit den verschiedenen Hormonen ausgeführt hat. Er ging dabei von unseren in langjährigen experimentellen Forschungen gemachten Erfahrungen aus, daß es sich bei der Thalliumwirkung um einen Vorgang handelt, der hauptsächlich auf dem Wege des endokrinen Systems und des vegetativen Apparates vor sich geht. Ohne hier nochmals auf die Tatsachen näher einzugehen, die uns auf diese Wege gewiesen haben, wollen wir nur ganz kurz an dieser Stelle auf den durch Thalliumfütterung bei Ratten hervorgerufenen Symptomenkomplex hinweisen, bestehend, neben dem hervorstechensten Symptom der Alopezie, in schweren Wachstums- und Entwicklungsstörungen, Katarakt, Herabsetzung bzw. Aufhebung der geschlechtlichen Funktionen sowie schweren Schädigungen des gesamten Skelettsystems im Sinne rachitischer Veränderungen, außerdem in epitheliomähnlichen Wucherungen der Schleimhaut des Vormagens und in blutchemischen Veränderungen im Sinne einer Alkalose, der sich am einfachsten mit einer Störung im endokrin-vegetativen System erklären ließ. Neben diesen an Ratten gewonnenen experimentellen Ergebnissen, zu denen noch die in dieser Hinsicht sehr wichtigen Versuche an Kaulquappen hinzuzufügen sind, auf die wir noch näher zu sprechen kommen werden, sind es hauptsächlich unsere gemeinsam mit Langer an Kindern gemachten klinischen Erfahrungen, die v. Berde zu seinen Versuchen veranlaßt hatten. Es ließ sich bei der Thalliumepilationsbehandlung der Kinder nicht nur von uns, sondern auch von den meisten anderen Autoren beobachten, daß, je näher die Kinder dem Pubertätsalter standen, desto schlechter die Erfolge waren und desto mehr — wenn auch — leichte Nebenwirkungen sich einstellten. Dieselbe Feststellung konnten wir auch bei unseren Tieren machen, bei denen die obenerwähnten Veränderungen am besten gelangen, wenn sie noch sehr jung waren und im Beginn ihrer Entwicklung standen. Auf die Verschiedenheit in der Verträglichkeit von Arzneimitteln bei Erwachsenen und Kindern sind wir bereits früher näher eingegangen und haben damals auch bezüglich des Thalliums darauf hingewiesen, daß diese Verschiedenheit der Thalliumwirkung beim kindlichen und erwachsenen Organismus die Vermutung nahelegt, ob nicht mit dem Einsetzen der Pubertät diese Änderung der Empfänglichkeit des Organismus gegenüber gewissen Pharmaka erfolgt, besonders gegenüber solchen Stoffen, die, wie das Thallium, vornehmlich ein Organsystem befallen, das gerade durch die Pubertät grundlegend verändert wird. Beeinflussung des Sexualzyklus der Maus, wie sie in gemeinsamer Arbeit von Buschke, Zondek und Bermann nachgewiesen wurde, bestätigten, wenigstens für die weibliche Sexualdrüse, eine gewisse Wirkung des Thalliums auf das Sexualhormon.

Die von v. Berde auf diesen Tatsachen sich aufbauenden sehr interessanten und für die Bestätigung unserer Ansicht über den Wirkungsmechanismus des Thalliums sehr wertvollen Ergebnisse deuten darauf hin, daß es möglich zu sein scheint, durch hormonale Kombinationen die Thalliumwirkung bei Ratten zu erhöhen. Besonders scheint

Digitized by Google

dies bei der Kombinierung mit Thymussubstanz der Fall zu sein, wodurch gleichzeitig eine bessere Verträglichkeit des Thalliums herbeigeführt wurde. Durch Zugabe von Schilddrüse und Nebenschilddrüse war der Erfolg bedeutend geringer, bei kastrierten Tieren blieb er völlig aus. Für uns sind diese Versuche noch darum besonders bedeutungsvoll, als sich unsere langjährigen experimentellen Untersuchungen an Ratten ebenfalls in dieser Richtung hin bewegt hatten, allerdings, wie bereits an anderer Stelle berichtet, mit völlig negativem Erfolg. Wir gingen bei den diesbezüglichen Versuchen an Ratten neben den experimentellen Feststellungen, die den endokrinen Faktor in den Vordergrund rückten, sowie den klinischen Erfahrungen bei Kindern, die eine besondere endokrine Einstellung des kindlichen Organismus, möglicherweise gegeben durch das Überwiegen der Thymusfunktion oder durch Unterfunktion der Sexualorgane, als Ursache für die günstige Reaktionsfähigkeit gegenüber Thallium vermuten ließ, von unseren Beobachtungen an Kaulquappen aus, die uns besonders eindrucksvoll den Einfluß der Thalliumwirkung auf den endokrinen Apparat veranschaulichten. Durch Zusatz geringer Mengen des Thalliumsalzes ließen sich Wachstum und Metamorphose, die bekanntlich unter dem direkten Einfluß von Thymus und Schilddrüse stehen, indem ersterer einen unverkennbaren Einfluß auf das Wachstum ausübt unter Verzögerung der Metamorphose, während umgekehrt die Schilddrüse letztere beschleunigt, unter Hemmung des Wachstums tiefgreifend beeinflussen. Es ließ sich von Woche zu Woche ein Zurückbleiben der Versuchstiere, sowohl was Wachstum wie Metamorphose betrifft, hinter den Kontrolltieren genau verfolgen, so daß nach 6 Wochen die Metamorphose in der Kontrolllösung beendet war, während in der Thalliumlösung nur ganz vereinzelte Tiere beginnende Metamorphose zeigten und auch bezüglich Wachstum gegenüber den Kontrolltieren noch ganz unentwickelt geblieben waren. Während durch Zusatz von Schilddrüse wegen der sehr hohen Mortalität nur ungenaue Ergebnisse erzielt werden konnten, die sich dahingehend deuten ließen, daß das Thallium in seinem hemmenden Einfluß auf die Metamorphose etwas gehindert wurde, so daß die Tiere an Größe etwa den reinen Thalliumtieren gleichkamen, aber bereits durchweg eine vorgeschrittene Metamorphose aufwiesen, die allerdings den um diese Zeit vollständig metamorphosierton Kontrolltieren um ein beträchtliches zurückstand, waren die durch Thymuszufuhr erzielten Resultate eindeutiger und besonders interessant. Es ließ sich durch Thalliumthymus das erreichen, was man in beschleunigterem Maße durch reine Schilddrüsenfütterung erzielen kann. Im Wachstum unterschieden sich die Tiere in keiner Weise von den reinen Thalliumtieren; die Zufuhr von Thymus war also nicht imstande, irgend einen Einfluß auf die wachstumshemmende Wirkung des Thalliums auszuüben, dagegen waren die Thallium-Thymustiere den reinen Thalliumtieren in der Metamorphose weit voraus, so daß nach 6 Wochen, also zu der Zeit, wo die normalen Kaulquappen fast sämtlich Frösche geworden waren, aus der Hälfte der Thallium-Thymustiere sich Zwergfröschchen entwickelt hatten. Wir sehen also hier eine deutliche Beeinflussung der Thalliumwirkung durch Thymus bei Kaulquappen, die zwar nicht in der Richtung der Thymuswirkung zu suchen ist, indem der Thymus nicht seine spezifische wachstumsfördernde Wirkung gegenüber der entgegengesetzten des Thalliums zur Geltung bringen kann, dafür aber wahrscheinlich durch seine Beeinflussung des endokrinen Ringes den hemmenden Einfluß des Thalliums auf die Metamorphose zum großen Teil verhindert. Später dehnten wir unsere Versuche an Kaulquappen auch auf andere endokrine Präparate aus, wie Follikulin, Testowop, Insulin und Hypophysenextrakt, konnten aber keinen nennenswerten Einfluß erkennen, ausgenommen eine ganz geringe Größenzunahme der Insulin- und Testowoptiere gegenüber den anderen Thalliumtieren. Erwähnen möchten wir nebenbei, daß Insulin allein, ebenso wie Follikulin allein nicht den geringsten Einfluß auf die Entwicklung der normalen Tiere ausübten, während sowohl Testowop als auch Hypophyse Wachstum und Metamorphose der Normaltiere beträchtlich beschleunigten.

Wir dehnten nun bei unseren weiteren Experimenten an Ratten die Hormonversuche auch auf diese aus und begannen zuerst damit, gestützt auf unsere Ansicht, daß vor allem die Sexualdrüsen, entsprechend der besonderen Wirkung des Thalliums bei jungen Tieren und Kindern, auf den Wirkungsmechanismus des Thalliums von Einfluß zu sein scheinen, das Verhalten kastrierter Männchen auf die Thalliumzufuhr zu untersuchen. Wir konnten aber keinerlei Abweichungen von den sonstigen Thalliumtieren feststellen, indem auch bei den Kastraten sich dieselben Veränderungen mit der gleichen Schnelligkeit und Stärke einstellten wie bei den anderen Thalliumtieren. Dasselbe Resultat erzielten wir bei täglicher Zufügung von getrockneter Thymussubstanz

Digitized by Google

(Firma Merck) zu dem Thalliumfutter, sowie von Owovop und Testanon, ferner durch gleichzeitige Injektionen von Paraglandol und Follikulin, die wir den täglich mit Thallium gefütterten Ratten 3 mal wöchentlich verabfolgten. Niemals war irgend ein bemerkenswerter Unterschied gegenüber den reinen Thalliumratten zu bemerken. Uns ist auch niemals aufgefallen, daß die mit Organpräparaten gleich welcher Art gefütterten Tiere das Thallium besser vertrugen als die anderen. Wir müssen allerdings gegenüber den Angaben von v. Berde, der eine hohe Mortalität zu verzeichnen hatte und dessen Tiere schwer durch Thallium zu beeinflussen waren, hervorheben, daß wir auf Grund unserer jahrelangen Übung es zu sehr guten Resultaten gebracht hatten, indem wir doch fast immer in wenigen Wochen ein alopezisches Stadium erreichen konnten, in dem die Tiere bei sorgfältiger Behandlung viele Monate bis über 1 Jahr gehalten werden konnten. Selbstverständlich hatten wir Rassen, bei denen die Beeinflussung schwerer war und nur fleckförmiger Haarausfall erzielt werden konnte, während andere wieder in kurzer Zeit ihre sämtlichen Haare, ausgenommen die Sinneshaare, verloren. Es war in unseren ausgedehnten Versuchen also nur ein gewisser Einfluß der Rasse auf die Stärke der Thalliumwirkung festzustellen, niemals aber ist es uns aufgefallen, daß Beeinflussungen, wie sie v. Berde besonders durch Thymus erzielen konnte, in ähnlicher Weise bei unseren Tieren aufgetreten wären. Die Verschiedenheit der beiderseitigen Untersuchungen ist vielleicht damit zu erklären, daß wir unsere Versuche an Tieren anstellten, die an und für sich leicht auf die Thalliumwirkung reagierten und gemäß unserer gewohnten Technik lange in diesem Zustand erhalten werden konnten, während v. Berde seine Tiere nur sehr schwer beeinflussen und meist nicht längere Zeit am Leben erhalten konnte. Dadurch ist die dem Thymus möglicherweise zukommende günstige Wirkung bei Erzeugung der experimentellen Thalliumalopezie bei Ratten zur Geltung gekommen und hat diese hochinteressanten, den Wirkungsmechanismus des Thalliums näher beleuchtenden Ergebnisse gehabt. Diese Ergebnisse noch am weiteren ausgedehnten Material zu prüfen, wäre äußerst wünschenswert.

Kurz möchten wir noch zu dem Versuch von v. Berde mit Adrenalin Stellung nehmen, worin er berichtete, daß er an den Injektionsstellen fleckförmigen Haarausfall beobachten konnte. Auch wir haben Kombinationsversuche mit Adrenalin angestellt und dabei die gleichen Veränderungen von einfacher Rötung mit Haarausfall bis zu schwersten Nekrosen beobachtet, die wir allerdings auf die durch das Mittel verursachte Gefäßschädigung zurückzuführen glaubten. Wir sind auch deshalb bald von der Adrenalinbehandlung abgegangen und können auch nicht v. Berde beipflichten, wenn er für diese Adrenalinwirkung andere als rein lokale schädigende Momente in Frage zieht.

Ebensowenig wie wir bei unseren Thalliumratten irgend einen Einfluß von Organextrakten während der Thalliumfütterung beobachten konnten, ließ sich nach Absetzen der Thalliumzufuhr feststellen, daß ihre Verabreichung dann auf den Rückgang der Veränderung eine nennenswerte Wirkung ausgeübt hätte. Vielleicht werden weitere Untersuchungen zur endgültigen Klärung beitragen.

Ich bemerke noch, daß wir die Hormonversuche zunächst an Ratten und Menschen ausführten, um die Thalliumwirkung in bezug auf Giftigkeit abzuschwächen, was aber bisher nicht gelang. Ich habe dann später mit Schwefelpräparaten diesbezügliche Versuche gemacht: mit Detoxin (vgl. M. m. W., 1928) und mit Natriumthiosulfat (vgl. M. Kl., 1928). Die Tierversuche fielen nicht befriedigend aus. Bei Kindern war seine Wirkung bezüglich Nebenerscheinung nicht beweisend, weil diese Knieschmerzen auch von selbst zurückgehen (täglich 3—4mal, 0,3 innerlich, wenngleich gegen seine Anwendung bei Vergiftungen nichts einzuwenden ist (Versuche mit A. Josef und Bermann). In einem Fall, bei einem 13jährigen Kinde — in diesem Alter sind Knieschmerzen ja häufiger —, wurde Thallium in üblicher Weise und Natriumthiosulfat von Anfang an intern gegeben. In diesem Fall traten keine Nebenerscheinungen auf. Aber da das nicht immer der Fall ist, beweist es nichts. Versuche an Erwachsenen wären erwünscht. Zur Zeit sind weitere Tierversuche bei uns im Gange. Erwähnen möchte ich, daß rein chemische Versuche, die auf meinen Wunsch ausgeführt wurden, ergaben, daß Thallium keine engen Beziehungen zum Schwefel, wohl aber zum Jod hat, so daß der Gedanke auftaucht, ob die Thalliumwirkungen nicht eventuell durch Jodverdrängung in den endokrinen Organen entstehen, in denen das Jod ja sehr wichtig ist. Auch meine Versuche mit Jodpräparaten, besonders Jodkali, ergaben aber bisher keine deutliche Entgiftungswirkung. Genaueres später. Buschke.

Digitized by Google

Zu meinen Versuchen, die Vitalität der alternden Epidermis zu heben

Von

Dr. J. F. Kapp in New York

Es ist mir wiederholt berichtet worden, daß Kollegen, welche mein Hautserum „Novipithel" subkutan anwandten, eine kutane Proteinreaktion beobachteten, die, obgleich nie ernster Natur, doch recht störend wirkte. Auch ich selbst habe einige derartige Fälle gesehen.

Um derartige Reaktionen mit Sicherheit zu vermeiden, wird folgendes Verfahren vorgeschlagen:

Die Nadel, welche zum Aufsaugen des Serums aus der Ampulle benutzt wurde, soll vor der Injektion durch eine neue ersetzt werden. Hierdurch soll es unmöglich gemacht werden, daß Flüssigkeit, die an der Kanüle haftet, in Kontakt mit der Haut kommt.

Das Mittel soll intramuskulär eingespritzt werden, am besten in die Glutäen, mit mittellanger Nadel.

Um eine volle Desensibilisierung zu erreichen, empfiehlt es sich, die ersten drei Injektionen in möglichst kurzen Abständen, etwa in drei aufeinanderfolgenden Tagen, zu geben.

Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Lues recens und Ulcera vener., insbesondere vor Positivwerden der Wassermannschen Reaktion

Von

Dr. Karl Hedén in Stockholm

Die von Fahraeus[1]) 1918—21 veröffentlichten Arbeiten haben die Frage über die Sedimentationsfähigkeit des Blutes (SR) aktuell gemacht. Er wies bekanntlich nach, daß sie bei Gravidität beschleunigt war; bei fortgesetzten Untersuchungen stellte sich aber heraus, daß diese Fähigkeit des Blutes, Aggregate zu bilden, auch bei einer Reihe von pathologischen Veränderungen vorkam.

Fahraeus konnte ferner beweisen, daß diese Beschleunigung der SR auf eine Vermehrung besonders des Fibrinogens sowie auch des Globulins im Plasma zurückzuführen war.

---

[1]) Om hämaglutinationen särskilt med hänsyn till havandeskapet och möjligheten att diagnostiskt utnyttja densamma. Hygiea, 1918, Nr. 7, S. 369. — The Suspensionstability of the blood. Acta med. scandinavica, 1921, Bd. 55, S. 1.

Digitized by Google

Von weiteren Arbeiten auf diesem Gebiete möchte ich vor allem auf die von WESTERGREN [1]), sowie LIE [2]), RHODIN [3]), GARDÈRE und LAINE [4]) u. a. hinweisen.

Mit der SR bei Lues haben sich zahlreiche Untersucher beschäftigt. Ich will hier nur z. B. POPPER-WAGNER [5]), PLANT [6]), NATHAN-HEROLD [7]), MAYR [8]), PEWNY [9]), PAVLOFF [10]) erwähnen.

Bei Lues II haben alle einen erhöhten SR-Wert gefunden; POPPER-WAGNER in 70%, MAYR in 85%, PEWNY in 80%, und bei Lues III stellten sie im allgemeinen noch höhere Werte fest. Bei Lues I hingegen fanden sie, wie zu erwarten war, mehr variierende Werte. So fand z. B. NATHAN-HEROLD bei wassermannegativer Lues I keine Zunahme der SR, bei wassermannpositiver Lues I starke Beschleunigung. Nach MAYR war SR bei Lues I nur in 6% vermehrt, während nach PEWNY SR bei Lues I mit positiver WR in 62% vermehrt war. PAVLOFF fand SR bei Lues I normal, „falls die Erkrankung nicht weiter als 2—3 Wochen zurückliegt".

Die Beobachtungen der vorgenannten Verff. habe ich [11]) gleichfalls bestätigen können, vor allem den hohen SR-Wert bei Lues II und III. Bei meinen fortgesetzten Untersuchungen fiel mir indes besonders der variierende SR-Wert bei Lues I auf. Hierbei konnte im allgemeinen beobachtet werden, daß die Beschleunigung der SR früher auftrat als positive WR. Es wäre ja interessant zu sehen, ob diese Beschleunigung der SR vor der positiven WR in einer größeren Anzahl von Fällen konstant sei. Wenn dies der Fall wäre, könnte die Zunahme der SR einen gewissen diagnostischen Wert haben oder wenigstens ein Hinweis sein, die WR besonders oft zu wiederholen. Das von mir seit 1919 gesammelte Material besteht zum größten Teil aus meinen Privatpatienten; außerdem aber haben mir Dozent K. MARCUS Fälle aus dem Krankenhause St. Göran, sowie Dr. H. I. SCHLASBERG solche aus dem Krankenhause Eira zu Stockholm in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt.

Ich habe das Material in Fälle von Lues I, wo ich bei der ersten Untersuchung keine Sp. pall. habe nachweisen können und daher positive WR oder Sp. pall. habe abwarten müssen, samt in übrige Ulcera ven. eingeteilt. Die Ursache dafür, daß in beinahe allen Fällen keine Sp. pall. haben nachgewiesen werden können, beruht darauf, daß die Patienten ihre Wunden längere oder kürzere Zeit mit Sublimat, Jodtinktur oder anderen Desinfektionsmitteln lokal behandelt haben. Bei meinen Untersuchungen wurde selbstverständlich Rücksicht darauf genommen, daß keine anderen Ursachen, wie z. B. Fieber, Bubonen usw., die SR beeinflussen konnten. Die Ausführungstechnik der SR war genau dieselbe wie sie WESTERGREN beschrieben hat, und als normaler SR-Wert wurde für Männer 2—5 mm und für Frauen 5—10 mm nach 1 Stunde angenommen.

---

[1]) Die Senkungsreaktion. Allgemein-klinische Ergebnisse — praktische Bedeutung bei Tuberkulose. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderhlk., 1924, Bd. 26, S. 577. — [2]) Etude sur la vitesse de sédimentation des corpuscules rouges dans la lèpre. Act. derm.-venereol., 1926, Bd. 6, S. 477. — [3]) The Suspension-stability of the blood in scarlatina. Acad. Dissertation. Acta paediatrica, 1927, Bd. 7. — [4]) Recherches sur la sédimentation du sang dans la tuberculose infantile. Paris méd., 1925, Nr. 1. — [5]) M. Kl., 1920, Nr. 36, S. 922. — [6]) M. m. W., 1920, Nr. 10. — [7]) B. kl. W., 1921, Nr. 24. — [8]) Arch. f. Derm., 1921, Nr. 34. — [9]) Derm. W., 1922, Nr. 23. — [10]) Derm. W., 1926, Nr. 9, S. 303. — [11]) Act. derm.-venereol., 1921, Bd. 2, S. 74; 1922, Bd. 3, S. 32.

Digitized by Google

1. Über das Verhalten zwischen SR und WR, bevor WR positiv geworden

a) Bei Fällen von unbehandelter Lues I

Fall	SR ausgedrückt in mm nach 1 Stunde WR bezeichnet mit —, +, ++, +++ oder % Hämolyse in Serumdosen 0,2—0,0125 Sachs-Georgi bezeichnet mit SG	Sp. pall.	Obs.-Zeit Tage	Anmerkungen
1. ♂ F. B., 29 J., 1919:	27. III. / 30. III. / 4. IV. / 7. IV. / 10. IV.			Sklerose am Frenulum.
SR	3 / 5 / 9 / 11 / 16			10. IV. bohnengroße Inguinaldrüsen
WR	100 / 100 / 100 / 0, 45, 100 / 0, 45, 100	—	15	
2. ♀ K. P., 29 J., 1920:	30. XII. / 5. I. 21 / 10. I. / 20. I. / 25. I. / 1. II. / 10. II. / 24. II.			Keine Spur von Sklerose, keine Adenitis. Der Mann
SR	4 / 4 / 8 / 8 / 12 / 18 / / 35			
WR	— / — / — / — / 50 / +++ / 0, 0, 0, 0, 0	—	57	Lues recens 24. XII. 1920
3. ♂ G. R., 18 J., 1921:	5. V. / 10. V. / 15. V. / 18. V.			Sklerose an der Innenseite des Präput. 18. V.
SR	6 / 7 / 10 / 13	18. V.		
WR	100 / 100 / 100 / 40	+	19	bohnengr. Inguinaldrüsen
4. ♂ G. L., 27 J., 1921:	30. V. / 1. VI. / 3. VI. / 8. VI. / 10. VI. / 13. VI.			Sklerose dorsal im Sulkus.
SR	5 / 7 / 10 / 13 / 15 / 15	10. VI.		13. VI. erbsengroße Inguinaldrüsen
WR	100 / / 100 / 100 / 100 / +++	+	15	
5. ♂ C. W., 27 J., 1921:	1. VI. / 6. VI. / 15. VI. / 27. VI. / 1. VII. / 4. VII.			Sklerose an der ventralen Seite des Penis. 1. VII.
SR	8 / 10 / 17 / 26 / 28 / 32			
WR	/ / / 100 / 100 / +++	—	35	bohnengr. Inguinaldrüsen
6. ♂ K. W., 22 J., 1921:	13.VI. / 8.VII. / 11.VII. / 13.VII. / 15.VII. / 18.VII. / 21.VII. / 25.VII. / 28.VII.			13. VI. U. V. S. an der Außenseite des Präput.
SR	2 / 3 / 4 / 4 / 5 / 8 / 10 / 13 / 25			
WR	/ / 100 / 100 / / 100 / 100 / 100 / ++	—	45	8. VII. geheilt mit Induration. 25. VII. gut erbsengroße Inguinaldrüsen
7. ♂ E. L., 22 J., 1921:	25. IX. / 2. X. / 5. X.			Sklerose rechts im Sulkus.
SR	8 / 17 / 21			5. X. bohnengroße Inguinaldrüsen
WR	— / 0, 20, 100 / 0, 0, 50, 100	—	11	
8. ♂ H. L., 24 J., 1921:	30. IX. / 4. X. / 8. X. / 21. X.			Sklerose im Limbus.
SR	10 / 11 / 12 / 13			21. X. erbsengroße Inguinaldrüsen
WR	100 / 100 / 30 / 0, 0, 15, 100	—	22	

Digitized by Google

9. ♂	T. H., 20 J., 1921:	5. X.	8. X.	12. X.	21. X.	25. X.		28. X.					Sklerose an der Innenseite des Präput. 25. X. bohnengr. Inguinaldrüsen
	SR	6	8	10	12	20		22					
	WR	100		100	30	0, 0, 50, 100		0, 0, 0, 35, 100		—		23	
10. ♂	A. N., 28 J., 1921:	13. XI.	19. XI.	26. XI.	5. XII.	28. II. 22		2. III.	15. III.				13. XI. U. V. S. an der Innenseite des Präput. 5. XII. geheilt, Induration. 2. III. erbsen- bis bohnengroße Inguinaldrüsen
	SR	14	22	8	5	5		10	15				
	WR	—	100	—		—		25	+++	—		120	
11. ♀	T. O., 23 J., 1921:	5. XII.	8. XII.	15. XII.		17. XII.		20. XII.					Sklerose am linken Lab. majus. 17. XII. erbsen- bis bohnengr. Inguinaldrüsen
	SR	8	10	20		22		23					
	WR	—	—	45		0, 40, 100		0, 0, 10, 15, 100		—		15	
12. ♂	P. P., 24 J., 1921:	15. XII.		18. XII.		22. XII.		27. XII.					Sklerose dorsal am Penis. 22. XII. bohnengroße Inguinaldrüsen
	SR	6		14		19		40					
	WR	—		100		0, 15, 40, 100		0, 0, 10, 100		—		12	
13. ♂	H. B., 23 J., 1922:	2. I.		5. I.	8. I.	10. I.		12. I.					2 Sklerosen am Frenulum. 12. I. erbsen- bis bohnengroße Inguinaldrüsen
	SR	5		10	15	22		21					
	WR	—			100	100		+++		—		10	
14. ♂	A. V., 69 J., 1922:			21. I.	12. II.	21. II.							Chancre mixte (?) am Limbus. 21. XII. erbsen- bis bohnengr. Inguinaldrüsen
	SR			17	31	55							
	WR				—	+++				—		30	
15. ♂	V. S., 27 J., 1922:				30. III.	4. IV.							Sklerose an der ventralen Seite des Penis. 4. IV. keine Drüsen
	SR				8	11				4. IV.			
	WR				100	+++				+		5	
16. ♂	K. S., 30 J., 1922:			27. X.	5. XI.	11. XI.							Urethralsklerose. 11. XI. gut erbsengroße Inguinaldrüsen
	SR			8	11	17							
	WR			—	—	0, 0, 50, 100				—		15	
17. ♂	E. W., 46 J., 1922:				7. XI.	11. XI.							5 Sklerosen, 2 a. d. Außenseite des Präput., 3 an der Innenseite desselben. 11. XI. erbsen- bis bohnengroße Inguinaldrüsen
	SR				25	30				11. XI.			
	WR				—	+++				+		4	
18. ♂	E. E., 29 J., 1923:	18. I.		20. I.	23. I.	31. I.		2. II.					Sklerose a. d. Innenseite des Präput. 2. II. erbsen- bis bohnengr. Ing.-Drüsen
	SR	12		10	13	15		20		2. II.			
	WR	100		100	100	100		45		+		15	

Digitized by Google

Fall	SR ausgedrückt in mm nach 1 Stunde WR bezeichnet mit —, +, ++, +++ oder % Hämolyse in Serumdosen 0,2—0,0125 Sachs-Georgi bezeichnet mit SG	Sp. pall.	Obs.-Zeit Tage	Anmerkungen
19. ♂ H. L., 29 J., 1923:	5. VII. 10. VII. 1. VIII. 28. VIII.			Sklerose am Frenulum. 28. VIII. erbsengroße Inguinaldrüsen
SR	2 3 12 21	28. VIII.		
WR	— — 0, 0, 0, 0, 100	+	53	
20. ♂ C. A., 21 J., 1923:	17. X. 18. X. 20. X. 22. X. 24. X.			2 Sklerosen im Limbus praeput. 22. X. erbsengroße Inguinaldrüsen
SR	4 8 11 15 20			
WR	— 0, 0, 100 0, 0, 0, 25, 100	—	7	
21. ♂ E. R., 32 J., 1923:	20. XII. 22. XII. 27. XII.			Sklerose im Limbus praeput. 27. XII. erbsengroße Inguinaldrüsen
SR	5 5 6			
WR	— +++	27. XII. +	7	
22. ♂ T. W., 22 J., 1924:	5. I. 20. I. 28. I. 30. I.			Urethralsklerose. 28. I. erbsengroße Inguinaldrüsen
SR	5 6 6 10			
WR	— — 0, 0, 0, 100 0, 0, 0, 0, 0	—	25	
23. ♂ A. M., 30 J., 1924:	20. VI. 27. VI. 7. VII. 14. VII. 27. VIII.			Sklerose am Frenulum. 14. VII. erbsen- bis bohnengroße Inguinaldrüsen. 27. VIII. Exanthem. maculo-papulos.
SR	7 7 10 21 37			
WR	100 — +? 0, 0, 0, 0, 30	—	67	
24. ♂ B. H., 23 J., 1924:	5. IX. 12. IX. 23. IX. 25. IX.			Sklerose am Frenulum. 23. V. erbsengroße Inguinaldrüsen
SR	4 10 13 16			
WR	— — 10 0, 0, 15, 100	—	20	
25. ♂ D. W., 24 J., 1924:	5. X. 10. X. 11. X.			Sklerose an der ventralen Seite des Penis. 11. X. erbsen- bis bohnengroße Inguinaldrüsen
SR	7 8 8	11. X.		
WR	— 10 20	+	6	
26. ♂ A. J., 30 J., 1925:	1. III. 7. III. 21. III.			Sklerose im Sulcus coronar. 21. III. erbsengroße Inguinaldrüsen
SR	7 10 22	—	20	
WR	— — 0, 0, 0, 100			

Digitized by Google

27. ♂ H. S., 25 J., 1925:	3. III.	7. III.	10. III.	10. III.		2 Sklerosen an der Innenseite des Präputiums.
SR	2	6	8	+	7	X. III. erbsengroße Inguinaldrüsen
WR	—	—	20			
28. ♂ K. E., 28 J., 1926:	20. X.	22. X.	28. X.	28. X.		Urethralsklerose. 28. X. keine Drüsen
SR	4	5	12	+	8	
WR		100	—			
29. ♂ S. A., 23 J., 1926:	2. XI.	6. XI.		6. XI.		2 Sklerosen, eine an der Glans, eine im Limbus.
SR	14	20		+	4	6. XI. bohnengroße Inguinaldrüsen
WR	100	10				
30. ♂ K. M., 31 J., 1926:	29. XI.	1. XII.	4. XII.	4. XII.		Sklerose im Sulcus coronar.
SR	3	6	8	+	5	4. XII. erbsengroße Inguinaldrüsen
WR	100		100			
31. ♂ W. N., 30 J., 1927:	2. I.	6. I.		6. I.		Urethralsklerose. 6. I. erbsengroße Inguinaldrüsen
SR	4	10		+	4	
WR	100	35				
32. ♂ O. C., 40 J., 1927:	10. II.	13. II.	17. II.	17. II.		Sklerose im Sulcus coronar.
SR	15	14	20	+	7	17. II. erbsen- bis bohnengroße Inguinaldrüsen
WR	100	100	100			
33. ♂ K. G., 43 J., 1927:	5. VI.	9. VI.		9. VI.		Sklerose im Limbus.
SR	13	17		+	4	9. VI. erbsengroße Inguinaldrüsen
WR	—	40				
34. ♂ S. H., 25 J., 1927:	20. VII.	24. VII.		24. VII.		Sklerose an der Innenseite des Präputiums.
SR	12	18		+	4	24. VII. erbsengroße Inguinaldrüsen
WR	100	100				
35. ♂ E. G., 30 J., 1927:	28. IX.	3. X.				Sklerose am Frenulum.
SR	12	30				3. X. gut erbsengroße
WR	45, SG —	0, 20, 40, 100, SG ++		—	5	Inguinaldrüsen

Digitized by Google

b) Bei Fällen von Reinduration

Fall 1. ♂ B. H., 32 Jahre. Pat. wies am 15. XII. 1917 Lues recens auf (zwei Sklerosen im Sulcus coronar. und eine an der Innenseite des Präputiums, Sp. pall. +, WR —). Wurde mit 8 Salvarsaninjektionen und 5 Hg-Kuren behandelt. WR immer negativ, zuletzt 15. V. 1923. Am 31. X. 1924 kam Pat. wieder mit einer sklerose-ähnlichen Wunde rechts im Sulkus an der gleichen Stelle der einen der früheren Sklerosen. Pat. hatte die Wunde mit $HgCl_2$ behandelt. Sp. pall. —, SR 2, WR —. 2. XI. SR 2. 7. XI. SR 3, WR 100%. 11. XI. Sp. pall. —, SR 5, WR 100%. 26. XI. SR 6, WR 0, 50, 100. 30. XI. SR 5, WR 0, 25, 100. Erbsengroße Inguinaldrüsen.

Fall 2. ♂ J. B., 36 Jahre. Lues 1919. Bis 1923 mit Hg und Salvarsan behandelt. Vor einem Jahre WR —. Am 16. III. 1926 hatte Pat. an der Außenseite des Präputiums dorsal (an der Stelle der alten Sklerose?) eine skleroseähnliche Wunde, welche er mit $HgCl^2$ behandelt hatte. Sp. pall. —, SR 5, WR —. 24. III. SR 6, WR +++, Sp. pall. +. Keine Drüsen.

Fall 3. ♂ A. L., 33 Jahre. Pat. zeigte am 26. I. 1918 Lues recens (Sklerose rechts im Sulcus coronar. Sp. pall. +, WR —). Wurde bis zum 30. 6. 1921 mit 8 Salvarsaninjektionen und 10 Hg-Kuren behandelt. WR wiederholt negativ, zuletzt am 7. V. 1925. Am 30. VI. 1927 hatte Pat. rechts an der Glans in der Nähe des Sulkus eine skleroseähnliche Wunde, welche er mit Neisser-Sieberts Salbe behandelt hatte (Reinduration?). Sp. pall. —, Inguinaldrüsen erbsengroß, SR 10, WR 100%. 4. VII. SR 12, WR 100%. 5. VII. SR 17, WR 35%, Sp. pall. +. 7. VII. SR 22, WR 0, 25, 100%, SG +++, Inguinaldrüsen erbsen- bis bohnengroß.

Fall 4. ♂ E. B., 38 Jahre. 1909 mit Lues infiziert und 3 Jahre mit Hg behandelt. WR wiederholte Male negativ, zuletzt am 28. VI. 1927. SR damals 5 mm. Am 12. 9. 1927 hatte Pat. an der Innenseite des Präputiums dorsal in der Narbe der alten Sklerose eine typische Sklerose, die er mit $HgCl_2$ behandelt hatte. Keine Adenitis. Sp. pall. —, SR 6, WR 0, 30, 100%, SG +++.

c. Bei Fällen von Reinfektionen

Fall 1. ♂ E. S., 22 Jahre. 11. IX. 1918 Lues recens (erbsengroße Sklerose an der Glans, Sp. pall. +, WR —). Wurde bis 1919 mit 7 Salvarsaninjektionen und 4 Hg-Kuren behandelt. WR die ganze Zeit negativ, zuletzt am 14. X. 1920. Am 18. 8. 1921 zeigte Pat. nun an der Außenseite des Präputiums rechts eine erbsengroße, typische Sklerose, die er mit $HgCl_2$ behandelt hatte. Inguinaldrüsen erbsengroß, Sp. pall. —, SR 4. 20. VIII. SR 6. 24. VIII. SR 10, WR 100%. 17. IX. SR 19, WR 0, 0, 15, 100. Die Wunde mit typischer Induration verheilt, Inguinaldrüsen vergrößert. 20. IX. SR 21, WR 0, 0, 0, 0, 0. Beginnende kleinfleckige Roseola, welche nach Hg salicyl. (0,05) den 20. IX. deutlicher wurde (Herxheimers Reaktion).

Fall 2. ♂ O. E., 38 Jahre. 13. II. 1917 Lues recens (Sklerose am Frenulum, Sp. pall. +, WR —). Wurde bis zum 10. XI. 1920 mit 6 Salvarsaninjektionen und 10 Hg-Kuren behandelt. WR wiederholt negativ, zuletzt am 20. IX. 1920. Pat. hatte, nachdem er mit einer wegen Lues behandelten Frau Koitus geübt hatte, am 21. XII. 1921 rechts am Skrotum eine indurierte, teilweise epidermisierte Wunde, die er mit Neisser-Siebert- und Cu-Salbe behandelt hatte. Keine Drüsen. Sp. pall. —, SR 5, WR 100%. 23. XII. SR 6. 29. XII. SR 11. 4. I. 1922 SR 12, WR 100%, Sp. pall. —. 9. I. SR 16, WR 100%. Die Wunde mit Induration verheilt, Inguinaldrüsen erbsengroß. 12. I. SR 16, WR 100%. 19. I. SR 25, WR 0, 90, 100; ein beginnendes Exanthem maculo papulos. an Brust und Bauch. Nach Hg salicyl. (0,05) am 19. I. Herxheimers Reaktion.

Fall 3. ♂ G. F., 55 Jahre. Lues recens (Sklerose im Sulcus coronar.? WR +) 1914. Wurde ungefähr ein Jahr lang mit Hg und Salvarsan behandelt. WR seitdem negativ, zuletzt 1922. 20. X. 1923 hat Pat., nachdem er vor ungefähr 6 Wochen mit einer Frau Koitus gehabt hat, welche, wie die Untersuchung ergab, an Lues II (Pap. mucos. vulvae) litt, seit etwa 14 Tagen eine Wunde am Penis gehabt, die er mit $HgCl_2$ und ZnO_2 behandelte. Nun ist rechts im Limbus eine etwa pfenniggroße, induriert epidermisierte Partie vorhanden (Reinfektion?). Keine Drüsen, SR 4, WR —. 25. X. SR 5. 9. XI. SR 5, WR 0, 0, 0, 0, 100%. 12. XI. SR 4, WR 0, 0, 0, 100%.

Fall 4. ♂ G. B., 33 Jahre. 5. XII. 1919 Lues recens (Sklerose am Radix penis, Sp. pall. +, WR —). Bis zum 10. XII. 1922 erhielt Pat. 6 Salvarsaninjektionen und

Digitized by Google

10 Hg-Kuren. WR immer negativ, zuletzt 16. IV. 1924. Am 27. VIII. 1924 hat Pat. dorsal im Limbus praeput. eine ungefähr erbsengroße, mit Schorf bedeckte Wunde mit induriertem Grund (Reinfektion?). Der Pat. hatte die Wunde mit $HgCl_2$ und ZnO_2 behandelt. Sp. pall. —, keine Drüsen, SR 3, WR —. 28. VIII. SR 3, Sp. pall. —. 29. VIII. SR 5, WR ++, Sp. pall. +.

Fall 5. ♀ A. N., 26 Jahre (Frau des Falles 31, Gruppe 1a). Lues 1904. Wurde ungefähr 2 Jahre mit Hg behandelt; WR seitdem negativ. 27. I. 1927 keine Zeichen von Lues, SR 8, WR —. 8. II. SR 11, WR 100%. 15. II. SR 15, WR —; keine Zeichen von Lues. 20. III. wird Pat. einer Menorrhagie wegen ins Krankenhaus aufgenommen. WR stark positiv, an Brust und Bauch eine kleinfleckige Roseola.

Fall 6. ♂ P. P., 30 Jahre (derselbe Pat. wie Fall 12 in Gruppe 1a). Pat. wurde vom 27. XII. 1921 bis 14. IX. 1924 mit 6 Salvarsaninjektionen und 10 Hg-Kuren behandelt. WR — 28. II. 1922, 18. IV. 1924, 24. III. 1925, 1. III. 1926 und 14. I. 1927. Am 23. IV. 1927 hatte Pat. links im Limbus praeput. (die frühere Sklerose saß dorsal am Penis) eine etwa erbsengroße Wunde mit infiltriertem Grund (Reinfektion?). Er hatte die Wunde mit Neisser-Siebert-Salbe behandelt. Inguinaldrüsen ungefähr erbsengroß, Sp. pall. —, SR 5, WR —. 25. IV. SR 5, Sp. pall. —. 29. IV. SR 6, WR 0, 20, 100, SG +++, Sp. pall. +.

Wie aus obigem hervorgeht, war in Gruppe 1a der SR-Wert erhöht, bevor noch WR positiv geworden war (in 4 Fällen 28, 30, 32 und 34, wo bei späteren Untersuchungen Sp. pall. nachgewiesen wurde, trat die Beschleunigung ein, während WR noch negativ war), in 94,3% (33 Fälle). In 5,7% (2 Fälle, 21 und 22) konnte diese Beschleunigung der SR vor positiver WR nicht beobachtet werden.

In Gruppe 1b zeigte sich diese Beschleunigung der SR vor der positiven WR in 1 Falle (25%); in den 3 anderen Fällen (75%) konnte eine solche Beschleunigung nicht wahrgenommen werden.

In Gruppe 1c trat genannte Beschleunigung in 3 Fällen (50%) auf, während die SR in den übrigen 3 Fällen (50%) normal war.

In sämtlichen 3 Gruppen (45 Fälle) konnte also eine Beschleunigung der SR vor Eintreten der positiven WR sowie vor Aufnahme der antiluetischen Behandlung in 82,2% nachgewiesen werden, während ein normaler SR-Wert bei gleichzeitiger positiver WR in 17,8% festgestellt werden konnte. Als eine Eigentümlichkeit wäre zu vermerken, daß diese Beschleunigung der SR vor der positiven WR in Fällen von Reinfektion und vor allem bei Fällen von Reinduration weniger häufig als bei Lues recens zu sein scheint.

Außer in diesen 45 Fällen von Lues I habe ich an 4 Patienten, die nach beendigter Luesbehandlung später mit einer anscheinend typischen Reinduration (Sp. pall. negativ) wiederkamen, während 4—5 Monate einen normalen SR-Wert und gleichzeitig negative WR konstatieren können.

Bei 12 nicht luetisch infizierten Patienten, aber mit ähnlichen verdächtigen Ulzerationen, die von den Patienten selbst im allgemeinen mit diversen Ätzmitteln behandelt wurden, hat SR während einer Beobachtungszeit von 2—4 Monaten einen normalen Wert aufgewiesen und WR ist negativ gewesen.

Aus dem oben Angeführten dürfte hervorgehen, daß eine während einer längeren oder kürzeren Zeit beobachtete fortschreitende Beschleunigung der SR bei einem auf Lues I verdächtigen Pat., wo keine anderen dazu beitragenden Ursachen vorhanden sind, in der Regel ein Symptom einer spezifischen Infektion ist.

Digitized by Google

2. SR bei Ulcus molle

Bei 27 männlichen Patienten mit Ulcus molle ohne Komplikationen wurde SR längere oder kürzere Zeit hindurch, wenigstens 2 Monate, gemacht. In diesen Fällen war SR beschleunigt in 37% (10 Fälle) und normal in 63% (17 Fälle). PEWNY fand in 41% (7 Fälle) eine Beschleunigung der SR. In den 10 Fällen mit erhöhter SR war bei zweien gleichzeitig eine unkomplizierte Gonorrhoe vorhanden; in den übrigen Fällen konnte keine andere die SR beeinflussende Ursache als Ulcus molle angenommen werden (Bubonen, Fieber oder ähnliches war nicht da). SR war bei der ersten Untersuchung in den 2 Fällen, wo gleichzeitig Gonokokken festgestellt wurden, 37 bzw. 20 mm, in den übrigen Fällen variierte sie zwischen 8—12 mm. Allmählich wurde SR geringer, um nach 1—4 Wochen einen normalen Wert anzunehmen.

3. SR bei Ulcus gangraenosum

Zwei männliche Patienten, welche an Ulcus gangr. litten, wurden mit einem SR-Wert von 35 bzw. 25 mm beobachtet. Nach 2—3 Wochen ging SR auf einen normaleu Wert zurück und war dann während der Beobachtungszeit (3—4 Monate) normal. In 2 Fällen von Ulcus gangr. konnte PEWNY in 1 Falle einen erhöhten SR-Wert feststellen.

Zur Behandlung der chronischen Prostatitis mit Diathermie

Von

Dr. ISAAK HERWITZ in Schitomyr

Die Wärmebehandlung als Stimulans zwecks Bildung von Antikörpern bei Gonorrhoe gibt gute Erfolge. FIEFER, SALOMON und MAGGUILLI wandten als erste Heißluft und letzterer die Heizsonde an.

SIMMONDS, BÜHEN, GRANDE, PEREZ, SPERLING und ROBINSON 1921 und hierauf CONCAYRUL, LABORDERIE 1925 benutzten bei Gonorrhoe die Diathermie. Unser Fall von Anwendung der Diathermie bei chronischer Prostatitis ist bemerkenswert, weil trotz 8monatlicher energischer antigonorrhoischer Behandlung keine Besserung zu erreichen war.

Es handelt sich um einen 38jähr. Kranken, welcher 5 Jahre vorher an Gonorrhoe erkrankte. Es besteht Harndrang und Druck am Mittelfleisch. Prostata bedeutend vergrößert, von dichter Konsistenz, druckschmerzhaft; nach Massage fließt trübes Sekret ab. Urin in der ersten Portion: trüb, enthält Fäden, spez. Gew. 1020, sauer, Eiweiß 0,12‰; im Sediment: Leukozyten 30—50, platte und zylindrische Epithelien und Schleim in großer Menge.

Urin nach der Massage: spez. Gew. 1018, sauer, Eiweiß 0,13‰, Leukozyten 60 bis 70, platte und zylindrische Epithelien und Schleim in großer Menge; Gonokokken in großer Menge.

Was die Diathermie betrifft, wurde der Kranke 12 Serienbehandlungen von 20 Min. Dauer unterworfen, gleichzeitig Massage und Spülungen. Nunmehr war der Urin in der ersten Portion klar, frei von Fäden, spez. Gew. 1019, sauer, eiweiß- und zuckerfrei; im Sediment: Leukozyten 2—3, Epithelien 0—1, kein Schleim, keine Bakterien.

Urin nach Massage: klar, spez. Gew. 1021, sauer, Leukozyten 3—5, keine Epithelien, kein Schleim, keine Bakterien. Prostata normal groß, schmerzlos. Keine subjektiven Klagen. Der Kranke blieb noch weitere zwei Monate unter Beobachtung; Urin klar; im Sediment: Leukozyten 1—3, keine Epithelien, keine Bakterien.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Urethritis non gonorrhoica

Bemerkung zu der Arbeit von GENT in Nr. 23 der Derm. W.

Von

Prof. Dr. R. FRÜHWALD

In dieser Arbeit schrieb GENT:

„Es war unter diesen Umständen klar, daß von einem ‚ähnlichen Vorgehen wie bei Gonorrhoe' (R. FRÜHWALD, Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1927, Bd. 21, S. 497) nicht mehr die Rede sein konnte . . ."

Nach diesen Worten war zu erwarten, daß der Autor ein ganz anderes Verfahren empfehlen würde, als es bei der Gonorrhoebehandlung je üblich gewesen sei.

Die von ihm empfohlene Behandlung besteht aber in Resorzinspülungen der vorderen Harnröhre, Dehnung mit dem KOLLMANNschen Dehner, Injektion von $^1/_4$ bis $^1/_2$%igem Argentum nitricum und Einspritzung von Omnadin oder Aolan.

Das sind alles Methoden, wie sie bei der Gonorrhoebehandlung auch üblich sind.

Ich kann also dieses Verfahren auch nur als „ähnlich wie bei Gonorrhoe" ansehen.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1928, Bd. 9, Nr. 1

Les alternances morbides en dermatologie (Das Wechselspiel der Krankheiten in der Dermatologie), von L. Brocq. S. 3. Bei einem 50jähr. Manne hat ein heftiger Pruritus der Anal- und Genitalgegend seit 6 Jahren bestehende Stirn- und Okzipitalneuralgien sowie seit 18 Jahren immer auftretende Asthmaanfälle abgelöst. Der Pat. wurde bald von den Hauterscheinungen geheilt und erkrankte kurz darauf schwer; diagnostiziert wurde ein Tumor der Schädelbasis. Brocq empfahl das Anlegen eines Ziehpflasters im Nacken. Als danach im Nacken eine Eiterung auftrat, trat eine wesentliche Besserung ein. Nach Anlegen eines weiteren Kantharidenpflasters erholte sich der Kranke weiter. In der Folge wurde im Nacken kauterisiert und am Perineum ein Ekzem erzeugt; danach fortschreitende Besserung. Dieser Fall ist eine alte Beobachtung Brocqs aus dem Jahre 1889. In späteren Jahren hat Brocq noch viele Fälle beobachtet, bei denen nach Auftreten von Hautkrankheiten, insbesondere von pruriginösen, lichenifizierten Ekzemen, rheumatische, neuralgische und Magen-Darmbeschwerden verschwanden. Verf. ist der Ansicht, daß bei all diesen Kranken im Organismus ein einziges Krankheitselement besteht, das man zu erforschen versuchen muß. Bei chronischen Zuständen soll man weitgehende Anwendung vom Kauter und irritierenden Pflastern machen, um so einen akuten Zustand zu erzielen, der im Organismus eine Umstimmung hervorruft.

Le tissu réticulo-endothélial à l'état normal et pathologique. A propos d'un cas d'urticaire pigmentaire (Das retikulo-endotheliale Gewebe im normalen und pathologischen Zustand. An Hand eines Falles von Urticaria pigmentosa), von Hudelo und Caillau. S. 19. Geschichtliche und morphologische Darstellung. Vergleich des retikulo-endothelialen Gewebes mit anderen retikulären Geweben (Lymphdrüsen, Milz, Thymus, Mandeln, Plazenta, Leber, Neuroglia).

Syphilis et exemptions d'impôts (Syphilis und Befreiuung von Abgaben), von J. Audry, Med. Hosp. Lyon. S. 34. An Hand von alten Lyoner Dokumenten wurde nachgewiesen, daß im 16. Jahrhundert Syphilis manchmal zur Steuerbefreiung führte.

Digitized by Google

Psoriasis chez un noir (Psoriasis bei einem Neger), von P. Noël. S. 37. Die Seltenheit der Psoriasis bei Schwarzen gab Veranlassung zur Schilderung eines Falles bei einem 58jähr. Neger, bei dem sich auf Kopf und gesamtem Körper, besonders an den Prädilektionsstellen, typische psoriatische Stellen fanden. Verf. schließt, daß Psoriasis sich vielleicht in allen Ländern findet, aber nicht bei allen Rassen, oder daß sie wenigstens in bezug auf Häufigkeit des Auftretens bei den verschiedenen Rassen sehr schwankt.

La prophylaxie et la thérapie de la syphilis par les préparations russes du type „stovarsol" (Prophylaxe und Therapie der Syphilis durch russische Stovarsolpräparate), von N. Efron und I. Lipskerov-Moskau. S. 43. Kaninchenversuche zeigten, daß das russische Stovarsol fähig ist, den Organismus völlig zu sterilisieren; denn Überimpfungsversuche von Gehirn- und Rückenmarksteilen von behandelten Kaninchen auf andere gesunde Kaninchen fielen negativ aus. Im Gehirn der zuerst behandelten Tiere waren auch keine Spirochäten nachzuweisen. 30 Kranke wurden behandelt: 4 Fälle von Lues I, 14 Fälle von frischer Lues II, 3 Fälle Lues II recidivans, 9 Fälle von Lues III. Das russische Stovarsol besitzt eine kräftige antisyphilitische Wirkung, die nach den Beobachtungen der Verff. in bezug auf Einwirkung auf Spirochäten, WR und auf primäre und sekundäre Erscheinungen der des Neosalvarsans nahekommt. Die Toxizität des Stovarsols ist geringer als die des Salvarsans. Stovarsol kann dem Kranken ohne Bedenken verabfolgt werden. Bei der Bekämpfung der Syphilis unter den russischen Bauern wird Stovarsol eine große Rolle spielen.

1928, Bd. 9, Nr. 2

Tuberculose cutanée et infections associées. Parasitisme spirillaire et tuberculose végétante périanale (Hauttuberkulose und Mischinfektion. Spirillärer Parasitismus und wuchernde perianale Tuberkulose), von M. Favre und J. Gaté-Lyon. S. 81. Ein 51jähr. Mann leidet seit mehreren Wochen an Darmbeschwerden und Diarrhoe. Rund um den Anus bis zur Innenseite des Oberschenkels ist die Haut ulzeriert und mit reichlichem serös-eitrigem Exsudat bedeckt. Die Ulzerationen sind mit blumenkohlartigen Wucherungen besetzt; zwischen den Papillomen finden sich tiefe schmerzhafte Fissuren. Rektaluntersuchung ergibt, daß die Papillomatosis nicht in den Analkanal eingedrungen ist. Die Affektion besteht seit etwa 3 Monaten. Der Kranke hustet seit einigen Monaten und ist sehr abgemagert. Lungenspitzentuberkulose. Im Auswurf Tuberkelbazillen. Im Ausstrichpräparat der ulzerös-papillomatösen Gebilde sind Tuberkelbazillen und Spirochäten vom Refringenstyp und auch Spirochäten mit dünnen, steilen Windungen nachzuweisen. Der Kranke konnte nur wenige Tage im Krankenhaus beobachtet werden. Nach Mitteilung der Angehörigen ist er nach kurzer Zeit verstorben. Verff. sind der Ansicht, daß die Anwesenheit der Spirochäten in direktem Zusammenhang mit der Entstehung der papillomatösen Gebilde steht. Die Tuberkelbazillen werden dafür nicht verantwortlich gemacht, sondern eine Mischinfektion von Tuberkelbazillen und Spirochäten. Ähnliche Fälle sind ja früher schon unter dem Namen „Framboesiforme Tuberkulose" von Doutrelepont, Hallopeau, Wickham u. a. beschrieben worden. In einer Zusatznote referieren Verff. kritisch über den von W. Pick im Arch. f. Derm., Bd. 85 beschriebenen „Spirochätenbefund bei einer framboesieformen (tuberkulösen?) Hauterkrankung". Sie glauben, daß es sich keinesfalls um eine rein tuberkulöse Erkrankung, sondern höchstens, wie in ihrem Fall, um eine Spirochätenmischinfektion gehandelt hat.

Une blennorrhagie peut-elle se produire autrement que par contagion? (Kann Tripper anders als durch direkte Ansteckung übertragen werden?), von A. Cedercreutz-Helsingfors. S. 90. Schilderung von 3 Krankheitsfällen, bei denen Tripper ohne Nachweis einer Infektionsquelle festgestellt wurde. Die Partnerinnen oder Partner wurden jeweilig untersucht, ohne daß bei dem anderen Teil ein Tripper nachzuweisen war. Die Frage, ob eine Übertragung auch auf andere Weise als nur durch direkte Ansteckung möglich ist, wird offengelassen.

Un cas de la maladie de Kyrle (Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans) (Ein Fall von Kyrlescher Krankheit), von O. Jersild und A. Kristjansen. S. 101. Krankenhausaufnahme eines 51jähr. Mannes wegen Sehnenscheidenentzündung des rechten Fußes. Vor der Aufnahme Nachweis von Gonokokken, während des Hospitalaufenthaltes keine Gonokokken festzustellen. Seit 4 Jahren bestehen Hautveränderungen an der Vorder- und Außenseite des linken Unterschenkels und der Außenseite des rechten Oberschenkels; spärliche Elemente am linken Ober-

Digitized by Google

schenkel und rechten Unterschenkel. Die Hauptefflorescenz ist eine Papel von Stecknadelkopfgröße, braungelblicher Farbe und kleiner harter Schuppendecke. Lokalisation hauptsächlich an einem Follikel. Mehrere Elemente können auch ineinander übergehen. Nach Abhebung der Kruste findet sich eine runde Aushöhlung mit unregelmäßigen Rändern; bei zusammenhängenden Effloreszenzen ist die Aushöhlung wesentlich tiefer. Eiter wird nie gefunden, höchstens etwas seröse Exsudation. Keine entzündliche Rötung in der Umgebung der Effloreszenzen. Mikroskopische Untersuchung einer Effloreszenz vom rechten Unterschenkel ergibt zunächst starken Verhornungsprozeß in den obersten Epidermisschichten. Übergang der Verhornung ins Korium ist nicht nachzuweisen; die Hornzellen sind vom Bindegewebe immer durch Epithelzellen getrennt. In den tieferen Epidermisschichten Proliferation von kernhaltigen Zellen. An manchen Stellen beträchtliche Verdickung der Keratohyalinschicht. Atrophie der Koriumpapillen. Keine Riesenzellen, keine Nekrosen. Es handelt sich ausschließlich um follikuläre und manchmal auch parafollikuläre Hyperkeratosen. Der beschriebene Fall gleicht völlig dem Kyrleschen Fall (Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123). Die Kyrlesche Krankheit wird als selbständiges Krankheitsbild aufgefaßt. Aufführung der zugehörigen Literatur.

L'ulcère aigu de la vulve, de Lipschütz (Ulcus vulvae acutum [Lipschütz]), von J. Roederer und A. Sloimovici-Straßburg. S. 106. Bei einem 17jähr. Mädchen zeigt sich an der Vulva ein kleines schmerzhaftes Geschwür, das auf feuchte Umschläge in 8 Tagen abheilt. 5 Wochen später stellen sich nachts starke Schmerzen an der Vulva ein; am nächsten Morgen findet sich eine neue Ulzeration an der gleichen Stelle wie früher. Verff. stellen an der Innenseite der rechten großen Schamlippe ein ovales, 2 cm $\times$ 7 mm großes Geschwür fest. Die Umgebung ist gerötet und nicht druckempfindlich. Das klinische Aussehen ist das eines syphilitischen Schankers, auch indolente Leistendrüsenschwellung weist darauf hin. Intaktes Hymen. Syphilisspirochäten und Unna-Ducrey-Bazillen werden nicht gefunden, wohl aber Bacillus crassus im Abstrich und in der Kultur. Im histologischen Schnittpräparat sind im Geschwürsgrund, der von einer eitrig-fibrinösen Schicht bedeckt ist, zahlreiche Krassusbazillen frei und auch in den Zellen nachzuweisen. Therapeutisch werden Sitzbäder, Umschläge mit Hydrarg. oxyan. 1:8000, 6%iges Wasserstoffsuperoxyd und Pudern mit Dermatol empfohlen.

Epidermolyse localisée chez un ichtyosique (Lokalisierte Epidermolysis bei einem Ichthyosiskranken), von R. Gonin-Lausanne. S. 116. Bei einem 28jähr. Ichthyosiskranken treten plötzlich nach einem Koitus Blasen an der Glans penis auf, die in 3 Wochen abheilen. In der Folgezeit bilden sich nach dem Verkehr immer wieder Blasen. Auch experimentell lassen sich bei dem Kranken Blasen erzeugen, wenn die Eichel stark zwischen zwei Fingern gedrückt wird. Nach 2 Minuten entstand eine große Blase, wie auf einer Abbildung ersichtlich ist. Sonst ist auf der Körperhaut das Nikolskische Phänomen nicht nachweisbar. Interessant ist bei diesem Fall, daß sich in früheren Jahren derartige Phänomene nicht gezeigt haben. A. Holländer-Bielefeld.

Annales des Maladies Vénériennes

1928, Jahrg. 23, Nr. 3

Un cas de réinfection syphilitique après traitement bismuthique exclusif, commencé en période secondaire (Ein Fall von syphilitischer Reinfektion nach ausschließlicher Wismutbehandlung, die in der Sekundärperiode begonnen wurde), von S. Nicolau und M. Blumental-Bukarest. S. 161. 20jähr. Kranker mit ausgedehnter Sekundaria und positivem Wassermann wird intensiv (3,52 g) mit Wismut behandelt. Alsbaldiges Verschwinden der klinischen und serologischen Erscheinungen. Er bleibt 6 Jahre lang, während deren noch eine zweimalige Wismutkur gemacht wird, serologisch negativ, bis er dann plötzlich mit zwei neuen Primäraffekten, deren Sitz von der ersten Infektion verschieden ist, erkrankt. Wassermann und Meinicke sind stark positiv. Er kommt auch jetzt erst wieder zur Behandlung, nachdem sich ein ausgedehntes Sekundärexanthem entwickelt hat, so daß an der erneuten luetischen Infektion nicht zu zweifeln ist.

Traitement local du chancre mou en clientèle de ville (Örtliche Behandlung des weichen Schankers in der ambulanten Praxis), von Barthélemy. S. 168. Statt des verdächtig riechenden Jodoforms empfiehlt Verf. Umschläge mit einer Lösung von Men-

Digitized by Google

thol, Karbol und einem Zusatz von Kokain. Bei abszedierenden Bubonen Inzision mit darauffolgender Spülung mit 5%igem Jodoformäther.

D'une forme intéressante de l'orchi-épididymite syphilitique (Eine interessante Form luetischer Orchiepididymitis), von J.-E. Marcel. S. 173. In Fällen von zweifelhaftem Exanthem, insbesondere wenn es sich um die Differentialdiagnose Lues oder Tuberkulose handelt, spricht eine vorhandene Schwellung des Hodens für Syphilis. Charakteristisch für die luetische Orchitis ist die harte Konsistenz und die vollkommene Schmerzlosigkeit, auch bei starkem Druck. F. Landauer-Berlin.

Actas dermo-sifiliograficas

1927, Jahrg. 19, Nr. 4

Dermatitis vesiculosa im Anschluß an Wismut und Arsenbehandlung (Dermatitis vesiculosa postbismútica y postarsenical), von E. A. Sainz de Aja. S. 279. Verf. sucht an der Hand von drei Beobachtungen zu beweisen, daß reine vesikulöse Effloreszenzen die Folge der Sensibilisation teils durch Wismut, teils durch Arsen sein können. Das begleitende Erythem spielt dabei keine Rolle, da es bei jedem akuten Exanthem unvermeidlich ist und demgemäß zuerst und schnell verschwindet, wenn die Effloreszenzen eintrocknen. Wir wissen, daß vielerlei die Ursache von Erythemen, lichenoiden und pemphigoiden Effloreszenzen, von Keratosen und auch von Krebs sein kann.

Beitrag zu dem klinischen und experimentellen Studium der Depilation durch Thalliumsalze (Contribución al estudio clinico y experimental de la depilación por las sales de talio), von J. G. Prieto. S. 282. Nach Verf. erzeugt das Thallium aceticum, in Dosen von 7—8 mg pro Kilogramm Körpergewicht verabreicht, konstant eine temporäre Alopezie der behaarten Kopfhaut, welche am zehnten oder zwölften Tage nach dem Einnehmen des Medikamentes beginnt und am Ende der dritten Woche vollendet ist. Absolut konstant beginnt das Wiederwachstum in der sechsten Woche und dauert bis zur zehnten Woche. Die verabreichte Dosis ist unschädlich. Nur ausnahmsweise treten leichte Gelenkschmerzen auf. Das Medikament wird lange Zeit im Körper zurückgehalten und darf vor Ablauf von 4 Monaten nicht wieder verabreicht werden, um schwerste Vergiftungserscheinungen zu verhüten. Es übt keine direkte Wirkung auf den Parasiten aus. Erst die mit der Depilation verbundene lokale Behandlung führt die Vernichtung der Pilze (Mikrosporie, Trichophytie) herbei. Bei Favus empfiehlt sich die Kombination mit Röntgenstrahlen. Bei Epidemien besonders auf dem Lande ist das Mittel unersetzbar.

Vorläufige Notiz über die Anwendung des Serum antigangraenosum in der Venerologie (Nota previa sobre las aplicaciones del suero antigangrenoso en venereologia), von J. Bejarano. S. 291. Das antigangränöse Serum wird gewonnen durch Injektion des Vibrio septicus Pasteur, des Bacillus perfringens und des Ödembazillus in ein Meerschweinchen. Es ist Verf. mit diesem Serum die Heilung einiger akuter Genitalprozesse gelungen. Verf. empfiehlt diese Injektionen auch zur Anwendung bei dem Ecthyma gangraenosum et terebrans und vielen Ulzerationen mit serpiginösem Verlauf.

Pyodermiae chancriformes (Piodermitis chancriformes), von J. S. Covisa und J. Bejarano. S. 296. An der Hand von fünf Beobachtungen führt Verf. den Nachweis, daß der Symptomenkomplex, den man als „Pyodermitis genitalis chancriformis der ersten Kindheit" bezeichnet, sich zuweilen auf andere Stellen ausbreitet und auch in vorgerücktem Alter vorkommt. Die pyogenen Kokken, besonders die Staphylo- und Streptokokken, sind fähig, in der Haut und den Schleimhäuten an den gleichen Stellen Prozesse hervorzurufen, die dem syphilitischen Schanker in ihrem Verlauf analog und manchmal in ihrer Form mit ihnen identisch sind. Diese Pyodermitis chancriformis kann wie die syphilitischen Schanker genital und extragenital auftreten.

Hämorrhagischer Herpes nach Wismutbehandlung (Herpes bismutico hemorragico), von A. Sainz de Aja und J. de la Puerta. S. 305. Gleichzeitiges Auftreten eines Herpes haemorrhagicus mit einer Stomatitis im Anschluß an Bismutinjektionen.

Riesiger harter Schanker der Unterlippe (Chancro duro gigante del labio inferior y mentón), von I. Ontañon. S. 306. Es handelte sich um eine Syphilis im floriden Sekundärstadium, die vorher nicht diagnostiziert war. Der Fall war einmal durch die extragenitale Lokalisation, sodann wegen der vollkommenen Atypie ausgezeichnet. Die wahrhaft gigantische Effloreszenz bestand aus zwei vollkommen getrennten

Digitized by Google

Zonen. In der Mitte ein typischer erodierter Schanker, in der Umgebung ein großer Kreis mit vielen Erhebungen, an ein Epitheliom erinnernd. Verf. nimmt an, daß der Primäraffekt im Zentrum von einem Kranz konfluierender syphilitischer Papeln umringt war, also „eine primo-sekundäre Läsion".

Klinische Mitteilung betreffend das „Trepochinol" in der Behandlung der Syphilis (Nota clinica acerca del trepoquinol en el tratamiento de la sifilis), von J. F. de la Portilla und R. Tapia. S. 309. Das Trepochinol ist ein doppeltes Jod-Chinin-Wismutsalz und kommt in Ampullen von 3 ccm in den Handel. Die vom Verf. behandelten ausschließlich erwachsenen Kranken in der Sekundärperiode erhielten eine ganze Ampulle zur Injektion. Das Mittel wurde gut vertragen und zeichnete sich durch seine Wirksamkeit auf Sekundärprodukte und seine Beeinflussung der WR aus. Die Injektionen des Mittels hatten ungefähr dieselbe Wirkung wie die Neosalvarsaninjektionen.

Lumbalpunktion und vesiko-bullöse Dermatosen (Punción lumbar y dermatosis vesicoampollosas), von E. A. Sainz de Aja. S. 312. Verf. konnte sich überzeugen, daß die Lumbalpunktion mit Entleerung von 15 ccm Lumbalflüssigkeit günstige Einwirkungen auf die Rückbildung der Bläschen und Blasen bei der Duhringschen Krankheit hatte. Von dem Moment der Punktion an fand er stets denselben Effekt, daß die Blasen verschwanden. In zwei Fällen heilte die Krankheit ohne zu rezidivieren. Dabei handelte es sich um rein bullöse Formen. In anderen Fällen trat nach 15—20 Tagen das Rezidiv auf, das nach erneuter Punktion verschwand. Indes bei erythemato-urtikariellen und erythemato-pruriginösen Formen blieb die Wirkung aus. Verf. führt die Blasenbildung bei der Dermatitis herpetiformis auf nervöse Störungen zurück. Bei einem Pemphigus vegetans verschwand während 15 Tagen ein Teil der Effloreszenzen, ein anderer Teil besserte sich. Nach 1 Monat trat eine ausgedehnte Neueruption von Blasen auf, jedoch von dem Moment der Punktion an keine vegetierende Blase. Nach weiteren 40 Tagen trat eine beträchtliche Verschlimmerung ein, und es erfolgte der gewöhnliche Verlauf des Pemphigus ohne Vegetationen. In einem zweiten Fall von Pemphigus foliaceus wurde nach zwei Punktionen eine erhebliche Besserung nicht nur des Zustandes der Haut, sondern auch des Allgemeinbefindens beobachtet.

Trichomycosis palmellina (Pick) (Tricomicosis palmellina de Pick), von E. de Gregorio. S. 314. Die Affektion findet sich an den Haaren der Achsel und Genitalien und ist durch die Bildung kleiner Knötchen und Auswüchse an den luftfreien Teilen der Haare charakterisiert. Der vom Verf. auf zahlreichen Nährböden gezüchtete Pilz entwickelt sich am besten bei 37°, ist grampositiv, unbeweglich und bildet weder Indol, noch Pigment. Für Meerschweinchen und Kaninchen ist er nicht pathogen, bildet auch keine subkutanen Abszesse. Der Keim scheint ein saprophyter Diplokokkus zu sein, der besonders an leicht schwitzenden Körpergegenden die Affektion erzeugt, gutartig ist und sich durch leichte antiseptische Waschungen beseitigen läßt.

Die Mastixreaktion in der Lumbalflüssigkeit (La reacción del mastic en el liquido céfalo-raquideo), von A. N. Martin-Madrid. S. 320. Die Mastixreaktion, die unter Beifügung von 45 Protokollen ausführlich beschrieben wird, kann bezüglich ihrer Empfindlichkeit und Spezifität mit der Reaktion von Lange verglichen werden, so daß beide Reaktionen gleichzeitig in den Laboratorien ausgeführt werden können. Wenn Differenzen vorkommen, so soll die Goldlösung, die häufig Veränderungen unterliegt, geprüft werden.

Hämorrhagischer Symptomenkomplex der akuten Leukämie im Verlauf einer antisyphilitischen Behandlung (Sindrome hemorrágico por leucemia aguda en el curso de un tratamiento antisifilitico), von D. R. Tapia. S. 327. Es handelt sich um eine Leucaemia lymphatica mit schwerer Anämie. Die Zahl der Myelozyten betrug 2%, was auf eine enorme Beteiligung der Medulla ossea hinweist; die Zahl der kleinen Lymphozyten betrug 96%. Profuse Blutungen haben zu Lymphadenia lymphoidea und Anämie geführt. Der an manifesten Syphiliserscheinungen leidende Pat. wurde mit Wismut und Arsen in den üblichen Dosen behandelt. Im Anschluß daran entwickelte sich das hämorrhagische Krankheitsbild, dessen Entstehung nach Verf. nicht durch die Behandlung, die nur kleine Blutungen zu machen pflegt, erklärt werden kann.

Recklinghausensche Krankheit syphilitischen Ursprungs? (Enfermadad de Recklinghausen de origen sifilitico?), von J. F. de la Portilla und F. Dauden. S. 335. 49jähr. Kranke. Vor 27 Jahren Geburt eines gesunden Kindes, das mit 9 Monaten eine Lähmung der rechten Körperhälfte erlitt und mit 18 Monaten an Bronchitis starb. Später Abort im fünften Monat. Vor der Ehe mehrere Suizidversuche. Jahrelang Kopfschmerzen, besonders nachts. Im 15. Lebensjahre Auftreten einer erbsengroßen Geschwulst

Digitized by Google

am Oberschenkel, Haut darüber von blauer Farbe. Langsames Wachstum bis Eigröße. Im Laufe von 10 Jahren treten andere Tumoren an dem Schenkel, am linken Vorderarm, am Fuß und am rechten Schenkel von gleichem Charakter auf. Festgestellt wurden auch kleine Angiome, Petechien und leichte Pigmentationen von Milchkaffeefarbe. Die Kranke zeigte eine starke WR bei Abwesenheit jeder anderen Syphiliserscheinung mit Ausnahme der nächtlichen Kopfschmerzen. Unter gelber Hg-Salbe lokal und Arsen innerlich starke Rückbildung der Tumoren, die nach zwei Wismutinjektionen und einer Neosalvarsaninjektion von 15 g noch weiter gesteigert wurde.

Erythrodermia generalisata und Stomatitis nach Sanokrysinbehandlung (Eritrodermia generalizada y estomatitis por sanocrisina), von A. Lloret. S. 343. Eine Kranke, die seit 10 Jahren an Lupus der Ohren und Wangen litt, erhielt fünf Injektionen Sanokrysin (0,05, 0,10, zweimal 0,25 und eine à 0,50 g). Im Verlauf der Behandlung — erst nach 30 Tagen — nach der zweiten Dosis von 0,25 g begann die Kranke über eine leichte Stomatitis zu klagen; nach der letzten Injektion trat eine Erythrodermie, begleitet von intensiver Stomatitis mit leichtem Fieber und geringem Albumengehalt auf. Es erfolgte vollkommene Heilung. Verf. nimmt eine toxische Wirkung des Goldes an und glaubt nicht an eine bazilläre Toxidermie.

Familiäres Auftreten von Hautkrebs (Cáncer cutáneo familiar), von E. Ledo. S. 345. Verf. berichtet über einen Kranken mit Epitheliom an der Stirnhaargrenze. Zwei seiner Schwestern leiden an präkanzerösen Affektionen. Ein Bruder der Mutter starb an dem Rezidiv eines Gesichtskrebses. Die Großmutter starb mit 55 Jahren an Lippenkrebs; mit 37 Jahren starb der eine ihrer Brüder an Gesichtskrebs, mit 42 Jahren der andere an einem Krebs der Nase. In einem anderen Zweig der Familie fanden sich noch drei weitere Krebsfälle. Den Kindern von Krebskranken droht nicht immer das Verhängnis, krebskrank zu werden, aber sie müssen streng beobachtet werden, wenn sie an kongenitalen Mißbildungen leiden. Verf. zählt hierzu Keratosis senilis und praesenilis, fettige Schuppen bei alten Leuten, Acne sebacea, Leukoplakie u. a. Verf. empfiehlt die Behandlung mit Kohlensäureschnee. R. Ledermann-Berlin.

Dermatologia (ungarisch)

1928, Jahrg. 1, Bd. 1, Nr. 3—4

Die spezifisch-unspezifische Therapie der frühen Syphilis, von E. Finger-Wien. S. 65. Die Hauptwirkung der Antisyphilitika besteht darin, daß sie die natürlichen Abwehrkräfte des Organismus steigern. Nach Untersuchungen an Verf.s Klinik gibt es Individuen, die nach ihrer Konstitution mit guten, mittelguten und schlechten Abwehrmitteln gegen die Spir. pallida versehen sind. Bei letzteren kann der Organismus durch eine entsprechende Therapie noch in seiner Abwehr gestärkt werden. Eine zweckmäßige Behandlung hat zwei Aufgaben zu erfüllen, d. h. einmal die geeigneten Heilmittel anzuwenden, dann aber auch Sorge zu tragen für tunlichst günstige biologische Einstellung des Organismus. Interkurrente fieberhafte Erkrankungen können die manifesten Erscheinungen der Syphilis günstig beeinflussen, nicht aber die positive WR des Serums. Kombination von energischer medikamentöser und energischer Fieberbehandlung erweist sich als die wirksamste antiluetische Behandlung, hauptsächlich wenn sie früh eingeleitet wird. Das wesentliche ist die Beeinflussung der WR sowohl im Serum als im Liquor. Ungünstiger ist das Ergebnis, wenn die Behandlung nach dem zweiten Jahre nach der Infektion einsetzt. Es wurde bei der Salvarsan-Malariakur günstigere Beeinflussung der Organe des Cavum cerebrospinale als der des übrigen Organismus gefunden, günstigere Einwirkung auf den Liquor als auf das Serum. Die Salvarsan-Malariakur soll frühzeitig beginnen und mit einigen Salvarsan-, Hg- oder Wismutkuren kombiniert werden.

Über den Einfluß der nichtkonstitutionellen Faktoren in der Therapie der Lues congenita, von P. Kiss-Budapest. S. 78. Verf. hat an 13 Pat. im Alter von 0 Monaten bis 14 Jahren die WR im Laufe der Behandlung häufig geprüft. Seine Ergebnisse zeigen, daß die WR in der größeren Anzahl der Fälle unter einem Jahre negativ wurde (75,36%), während bei 24,64%, die älter als ein Jahr waren, dieselbe positiv blieb. Von denjenigen Kindern, die älter als 3 Jahre waren, wurden nur 13,05% negativ. Diejenigen, deren Behandlung nach dem siebenten Lebensjahre begonnen wurde, reagierten noch in 34,37% positiv. Bei Nachprüfungen, die 2 Jahre hindurch

Digitized by Google

fortgesetzt wurden, blieben beständig wassermannnegativ 65%, bei denen die Behandlung noch vor dem dritten Lebensmonat einsetzte. Man muß daher, um einen ständig negativen WR zu erhalten, vor dem dritten Lebensmonat die Behandlung beginnen, und sollte dieser Termin vergangen sein, noch vor Ablauf des ersten Lebensjahres, doch zumindest vor Ablauf des dritten Jahres.

Über Gewebskulturen, von A. Juhász-Schäffer-Modena. S. 92. Schluß in der nächsten Nummer.

Das Dermosalvan in der Therapie der Hauterkrankungen, von B. Balassa-Budapest. S. 107. Das Kalziumsalz des Thiosulphates („Dermosalvan") bewährte sich auf der dermatologischen Abteilung der Kaszab-Poliklinik Budapest bei Salvarsandermatitis, Wismutexanthemen, bei universellen Dermatitiden und einigen Fällen hartnäckiger Ekzeme und Urtikaria. Die subjektiven Klagen lassen schnell nach, die Symptome der Entzündung vermindern sich alsbald. Im allgemeinen genügen 10—12 intravenöse Injektionen zur Heilung. Bemerkenswert ist, daß der angioneurotische Symptomenkomplex nach Einspritzung von Dermosalvan nach Salvarsan nicht auftritt.

K. v. Berde-Szeged.

Bücherbesprechungen

Manuale di urologia, von G. Nicolich. (Completato a cura dei dottori Prof. C. Ravasini e G. Nicolich jun. Preis L. 170.) Das in fachärztlichen Kreisen mit großem Interesse erwartete Buch des bekannten, seither verstorbenen italienischen Urologen G. Nicolich-Triest, ist in 2 Bänden erschienen und enthält über 1000 Seiten und 356, davon 100 farbige, pathologisch-anatomische und histologische Abbildungen, zum größten Teile das Werk des Arztes der Abteilung Nicolich, Dr. Cressovitz. Der 1. Band enthält die durch äußerst instruktive Bilder illustrierte Beschreibung der urologischen Untersuchungstechnik sowie zahlreiche vom bekannten Triester Radiologen Gortan ausgeführte Radiogramme, die allgemeine Symptomatologie, die Erkrankungen der Nieren und des Nierenbeckens. Besonders hervorzuheben ist die Darstellung der septischen Infektionen des Nierenbeckens und der Nieren. Der 1. Band schließt mit der Steinbildung in der Niere. Vom 2. Band ist das 1. Kapitel den Erkrankungen der Blase gewidmet und gibt Verf. Gelegenheit, sein reiches Wissen und seine langjährige Erfahrung glänzend zu dokumentieren. Dasselbe enthält, durch 80 Figuren, darunter 20 kolorierte, meist originell illustriert, die Abhandlungen über die Mißbildungen, Verletzungen und deren Ausgang in die verschiedenen Geschwürsformen. Die Gefäßveränderungen, die Tumoren, die Steinbildung, die Fremdkörper, die Neurosen usw. Der Wert des umfassenden Werkes von Nicolich erhöht sich noch durch die überaus verständliche Art, mit welcher Verf. auch die schwierigsten Probleme der Urologie behandelt. Indem Verf. einerseits in seinem Werke der wichtigsten Autoren und Arbeiten auf dem Gebiete der Urologie gedenkt, unterläßt er es andererseits, in allzu detaillierter Weise die Arbeiten, die nur rein theoretisches Interesse haben, aufzuzählen, da ja das ihm vor Augen schwebende Ziel ist, den Ärzten und Studenten Italiens, die bisher eines urologischen Lehrbuches entbehren mußten, ein solches zu schaffen. Und das ist ihm in vollständiger Weise gelungen.

E. Freund-Triest.

Therapeutisches Taschenbuch der Hautkrankheiten für Dermatologen und praktische Ärzte, von W. Lucke-Berlin. (Preis RM. 5.50. Verlag Madaus & Co., Berlin 1927.) Ein ganz neuartiges, kurzgefaßtes Buch, das auf 124 Seiten neben den bekannten allopathischen Behandlungsmethoden der Hautkrankheiten die Behandlung mit homöopathischen Mitteln bringt. Als Schüler Biers legt Lucke sogar großen Nachdruck darauf, daß Homöopathie Gemeingut der Ärzte werde. Unter anderem werden die Erfolge bei der Behandlung der Furunkulose mit Sulfur jodatum oder von Erkältungskrankheiten mit Jod hervorgehoben und erwähnt, daß Versuche zur Behandlung von bösartigen Neubildungen durch ein innerlich gegebenes Teerderivat im Gange (in homöopathischer Dosierung), aber noch nicht abgeschlossen sind. Bei Acne vulgaris ergibt sich für Lucke aus deren Pathogenese, daß die homöopathische Behandlung an erster Stelle steht, während die äußeren Maßnahmen in der Hauptsache nur unterstützenden Wert haben und allein nur in den seltensten Fällen Erfolg zeitigen. Es wäre sehr verlockend, noch auf viele andere Einzelheiten des originellen Buches einzugehen, das, für den Anfänger kaum geeignet, dem erfahrenen Praktiker eine Fülle von wertvollen Anregungen bietet.

M. Stern-München.

Digitized by Google

Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse, von J. Gerstmann-Wien. (2. Aufl. Preis RM. 22,40, geb. RM. 24,40. Verlag J. Springer, Wien 1928.) Die nach 3 Jahren nötig gewordene 2. Auflage des mit Recht sehr verbreiteten Buches hat dieselben Vorzüge wie die seinerzeit hier besprochene 1. Auflage. Sie stellt alle mit der Wagner-Jaureggschen Malariabehandlung gemachten Erfahrungen übersichtlich zusammen, fußt auf dem größten und nach den verschiedensten Richtungen hin untersuchten Paralytikermaterial der Wiener psychiatrischen Universitätsklinik. Die erst in zweiter Linie zu empfehlende Rekurrensbehandlung wird kurz besprochen. Einige Ausführungen im parasitologischen Kapitel, unter anderem zur Frage der Gametenfreiheit, bzw. Unübertragbarkeit des Wiener Plasmodienstammes sind noch nicht endgültig gesichert, was Wagner-Jauregg in seinem Vorwort noch besonders betont. Das Kapitel über die histopathologischen Befunde ist durch Umarbeitung verbessert worden. Besonders gut dargestellt ist auch die reaktive Abänderung des typischen klinischen Bildes der Paralyse in atypische psychotische Erscheinungsformen. Wertvoll ist eine ausführliche Übersicht über die bisherigen Ergebnisse der Möglichkeit einer Paralyseprophylaxe durch Malariabehandlung der einfachen Syphilis auf Grund der bisherigen Erfahrungen der Dermatologen. Der Darstellung liegen über 10jährige Erfahrungen mit der Malariatherapie zugrunde. Von 400 Paralysen, deren Behandlung länger als 5 Jahre zurückliegt, sind 128 (32%) in voller Remission wieder in alter Weise berufstätig, weitere 51 Fälle (12,8%) bei einer „unvollkommenen Remission überwiegend höheren Grades" stationär geblieben. Einige Abbildungen illustrieren das sehr lesenswerte Buch, das am Schlusse ein vollständiges Literaturverzeichnis enthält. W. Kirschbaum-Hamburg.

Pyodermites et eczémas, von R. Sabouraud. (Preis 60 Fr. Verlag Masson & Cie., Paris 1928.) In dieser umfassenden Monographie werden die Pyodermien, insoweit es sich um primäre Strepto- und Staphylodermien handelt, dann die ekzematoiden Formen, die Impetigo ausführlich behandelt. Besonders reizvoll und praktisch wie theoretisch interessant ist die klinische Darstellung und Zeichnung der Krankheitsbilder. Aber auch das Mikrobiologische und die Histologie werden ausführlich abgehandelt. Den Schluß bildet eine ausführliche Beschreibung der Therapie und eine Bibliographie. Das Werk ist der 4. Band der groß angelegten Darstellung der Haarkrankheiten. Für den deutschen Leser ist die Auffassung des hervorragenden französischen Verf. in vielen Punkten außerordentlich anregend. Das monumentale Werk zeugt von der Geistesfrische und Arbeitslust des fast 70jährigen hochverdienten Dermatologen. A. Buschke-Berlin.

Leitfaden der Elektrotherapie, von F. Kraus-Prag. (Preis RM. 2,80. Verlag J. Springer, Wien 1928.) Nach der reichen Erfahrung des Verf. werden die einzelnen elektrophysikalischen Behandlungsmethoden auch bei den dermatologisch wichtigen Krankheiten gewertet. Bei der blennorrhoischen Gelenkentzündung wird Röntgen, Diathermie und Elektrogymnastik je nach dem Stadium, bei der Tabes Hochfrequenz und Röntgen gegen lanzinierende Schmerzen empfohlen. F. Rosenthal-Berlin.

Spannungen. Ein neues Wort zur sexuellen Not, von T. Mann. (Preis RM. 1,20, geb. 1,80. Verlag Jugendbundbuchhandlung, Woltersdorf bei Erkner 1928.) Ein gutgemeintes, ganz populär gehaltenes Aufklärungsbuch. In Form von kleinen Aufsätzen werden einzelne Gebiete des Geschlechtslebens der männlichen Jugend besprochen, wie „Pollutionen", „Onanie", Geschlechtskrankheiten, „Kinder der Liebe", „Vom reinen Leben vor der Ehe", „Von der vollkommenen Ehe", „Von den Ausnahmenaturen". A. de Lemos-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Über die Radiumsensibilität des Aktinomyzespilzes, von E. Ingber, Inst. f. Radiumther. Siena. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 3, S. 581.) Verf. benutzte zu seinen Experimenten Reinkulturen eines aeroben Actinomyces bovis. Diese Kulturen wurden samt dem Nährboden den Probegläsern entnommen und in Netze aus Violinsaiten unter einer Glasglocke schwebend befestigt, wobei der allseitige Abstand von der in der Mitte hängenden Mesothoriumkapsel stets innegehalten werden konnte. Das Entwicklungsmaximum des normalen Strahlenpilzes ist am sechsten Tage erreicht. Schädigungen der nachfolgenden Generationen wurden nicht beobachtet. Der Einfluß des Mesothoriums begünstigt zuerst die Sporifikation. Bei 1800 mg/Stunden wird das Maximum der Begün-

Digitized by Google

stigung erreicht. Nach 3600 mg/Stunden tritt leichte Hemmung der Sporifikation ein. Bei 10575 mg/Stunden bildet sich ein Lähmungszustand, der aber, nach Entfernung der Radiumquelle, aus dem Leben der nachfolgenden Generationen wieder schwindet, um normal-vegetativem Leben des Mikroorganismus Platz zu machen. Tod der Mikroorganismen konnte nie erreicht werden. E. Kottmaier-Mainz.

Radium Treatment of Cavernous Hemangiomas and of Epulis (Radiumbehandlung der kavernösen Angiome und der Epulis), von A. Strauss-Cleveland, Ohio. (Am. J. of Roentgenol., 1928, Bd. 19, H. 3, S. 265.) Oberflächliche Angiome werden mit ungefilterten 12,5 mg-El. enthaltenden Nadeln oder Nadeln in einer 0,5 mm dicken Silberkapsel behandelt, erstere in direktem Kontakt mit der Haut, letztere in einem Zentimeter Abstand. Von 22 so behandelten Kindern waren 11 weniger als ein halbes Jahr alt, 8 standen in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres. Nur in 2 Fällen mit tiefergehenden Angiomen kamen „Radiumpacks" zur Anwendung. Oft waren mehrere Serien erforderlich. Ein besonders günstiges Resultat wurde bei der Behandlung eines exulzerierten Angioms der Vulva gesehen. In 4 Fällen von Epulis bewährte sich die Insertion von Nadeln zu 5 mg Inhalt. Die Dosen betrugen je nach dem Grad der Affektion 180 bis 240 mg/Stunden. Die Zähne konnten auf diese Weise erhalten werden. H. Holthusen-Hamburg.

The Treatment of Cavernous Angiomas Covered with Healthy Skin (Die Behandlung der von gesunder Haut bedeckten kavernösen Angiome), von W. H. Schmidt-Philadelphia. (Am. J. of Roentgenol., 1928, Bd. 19, Nr. 3, S. 271.) In drei Fällen ausgedehnter kavernöser Angiome der Wange war die Anwendung von Radium in Form der Insertion von 5—10 mg El. enthaltender Stahlnadeln erfolgreich. Bei Kindern erfolgt die Applikation in Äthernarkose, bei älteren in Lokalanästhesie. Die Radiumnadeln werden in Abständen von 1—$1^1/_2$ Zoll insertiert. Blutungen wurden stets vermieden. Die Nadeln blieben 12 Stunden an Ort und Stelle. Im Anschluß an eine initiale Schwellung und Schmerzhaftigkeit bildete sich ein 2 Wochen dauerndes Infiltrat. Schon am Ende der ersten Woche begann die Schrumpfung. Nach etwa 6 Wochen war die Abheilung beendet. Ausführliche Krankenberichte. H. Holthusen-Hamburg.

Die Anwendung von Radiumauflegepräparaten in der Medizin, von M. Heiner. (M. Kl., 1928, Nr. 19, S. 735—736.) Die Radiumauflegepräparate, die von der Verkaufsstelle für Radiumpräparate in Wien IX, Günthergasse 1 erhältlich sind, stellen mit radiumhaltiger Firnismasse getränkte Leinewandstücke dar und sind hochwertige Dauerpräparate. Zur Behandlung werden sie auf die betreffenden Stellen aufgelegt und fixiert; man läßt sie 5—10 Stunden liegen und wiederholt die Anwendung alle 1 bis 2 Tage. Im ganzen empfehlen sich bei chronischem Ekzem 30—40, bei Herpes tonsurans 40—60, bei Psoriasis 50—80 Stunden. Gute Erfolge lassen sich auch bei oberflächlichen Hyperkeratosen und Atrophien erzielen, während für Lupus und bösartige Hauterkrankungen der Radiumgehalt zu gering ist. Zeigt sich 2 Wochen nach der Behandlung kein genügender Effekt, so kann Nachbestrahlung in ungefähr der Hälfte der vorhergehenden Dosierung vorgenommen werden. E. Levin-Berlin.

La technique des injections intraveineuses d'émanation de radium (Die Technik der intravenösen Einspritzungen von Radiumemanation), von Ch. Du Bois-Genf. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 17, S. 432—433.) Die Schwierigkeiten der intravenösen Einspritzungen von Radiumemanation beruhten bisher in der Wahl des Vehikels, der genügenden Fixierung, der Aufrechterhaltung des kolloidalen Gleichgewichtes. Sie werden überwunden durch eine neue Technik von Wassmer, bei der durch eine besondere Vorrichtung eine Ampulle mit Radiumemanation zwischen Kanüle und Spritze geschaltet ist; nach Aspiration von etwas Blut wird durch Drehen eines Hahnes die Ampulle geöffnet und ihr Inhalt durch das zurückgespritzte Blut unmittelbar in die Blutbahn gebracht, wobei jeder Verlust an Emanation vermieden wird. Es können dabei zweimal wöchentlich Dosen von 20—22 mllc ohne Nebenerscheinungen eingespritzt werden; in über 6 Monate sich erstreckender Behandlung wurden bis zu 434 mllc verabfolgt. Bisher wurden gute Erfolge erzielt bei Mycosis fungoides, malignen Geschwülsten, vorher unbeeinflußter Psoriasis, Lupus. E. Levin-Berlin.

Kosmetik

Kosmetische Behandlung kleiner Naevi, von E. Eitner-Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 11, S. 366.) Verf. schleift den Naevus mit einer rotierenden Fräse (zahnärztlichen Kugelbohrer) heraus und deckt den Defekt mit einem frei übertragenen Kutislappchen nach vorheriger exakter Blutstillung. Das Läppchen wird aus dem Rücken

Digitized by Google

oder den Nates entnommen und durch ein mit Mastisol angeklebtes Gazestreifchen an seiner Transplantationsstelle fixiert. Anheilung erfolgt in wenigen Tagen. Bei anderen Entfernungsmethoden kann die Transplantation vorgenommen werden, sobald sich eine Borke gebildet hat. E. Langer-Berlin.

Verbesserung meiner Hängewangenplastik (Melomioplastik), von J. Joseph-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 14, S. 567.) Zwecks Vermeidung der Narbenbildung vor dem Tragus empfiehlt Verf., den hinteren präaurikularen Schnitt sofort in den vorderen Rand des Gehörganges hinein zu machen, das Hautdreieck über dem Tragus mit dem übrigen Hautstreifen zu entfernen und den vorderen präaurikularen Hautschnitt durch Aussparen eines entsprechenden Dreiecks derart anzulegen, daß das Hautdreieck über dem Tragus beim Hochziehen der Wangen- und Halshaut gedeckt wird.
F. Harry-Wiesbaden.

Über Korrektur abstehender Ohren, von W. Kosch-Linz. (D. m. W., 1928, Nr. 14, S. 569.) Verf. empfiehlt das Verfahren von Eitner (M. Kl., 1922, Nr. 35). Das Prinzip der Methode besteht darin, die gefäßführenden Schichten nur in einer Linie, und zwar parallel zu den Gefäßen zu durchschneiden, so daß die Ernährungsschicht intakt bleibt. F. Harry-Wiesbaden.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei periarterieller Sympathektomie, von W. Rieder, Chir. Univ.-Kl. Hamburg-Eppendorf. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 1, S. 136.) Verf. berichtet über seine Erfahrungen an acht Fällen von Sympathektomie. Verf. hat systematisch kapillarmikroskopische Untersuchungen am Nagelfalz vorgenommen und in keinem Falle eine einwandfreie Beeinflussung durch die Sympathektomie feststellen können. Bei Beobachtung während der ganzen Operationsdauer konnte Verf. vielmehr ein dauerndes Spiel der Kapillaren feststellen, die schon auf den Hautschnitt reagieren, aber wieder zur Norm zurückkehren. Auch sind die Arterien nicht an allen Stellen gleich schmerzempfindlich. Nur wenn in dem Gewebe kleine Zerebrospinalfasern segmentär an das Gefäß herantraten, deren Berührung Schmerzempfindungen auslöste, war eine einwandfreie Verengerung der Gefäße festzustellen, was auch eine beschleunigte Strömung zur Folge hatte. Das alles spricht dagegen, daß es geschlossene Schmerzleitungsbahnen entlang den Gefäßen gibt. Die periarterielle Sympathektomie trifft vielmehr bei ihrer weiten Ablösung des Gewebes vom Arterienrohr auch die segmentär in das Gefäß eintretenden Zerebrospinalnerven, und darin besteht ihre Wirkung.
A. Rosenburg-Mannheim.

Essai de classification des cyanoses locales (Versuch einer Klassifikation der lokalen Zyanosen), von G. Delater und R. Hugel. (Presse méd., 1928, Nr. 31, S. 482.) Verf. unterscheidet: lokale Anämie, Rötung, lokale Zyanose. 1. Lokale Anämie = Folge der Kontraktion der arteriellen Hautgefäße (Kälte, chemisches, psychisches Trauma usw.). Diese ist oft gefolgt von Rötung und lokaler Zyanose = Gefäßdilation. 2. Rötung = Folge der Dilatation der arteriellen Hautgefäße, verstärkte arterielle Blutzufuhr. 3. Zyanose = Folge der Dilatation der venösen Hautgefäße, Stase im Kapillarnetz, Verlangsamung des Abflusses. Zwei Ursachen: 1. mangelnder Druck im arteriellen System, 2. mangelhafter Abfluß infolge Stauung im nervösen System. D. Abel-Lörrach.

Ein Beitrag zur Periarteriitis nodosa, von G. Calinich, Med. Univ.-Kl. Königsberg. (M. Kl., 1928, Nr. 18, S. 700—701.) In einem mit Kreislaufs- und Verdauungsstörungen einhergehenden Falle fanden sich am Rumpf und im linken Sulcus bicipitalis kleinere und größere strangförmige Verdickungen mit deutlicher systolischer Pulsation. Eine solche wird bei der Periarteriitis nodosa nur ganz selten beobachtet, und auch die mikroskopische Untersuchung ergab das Bild einer Panarteriitis chronica nodosa.
E. Levin-Berlin.

Über die Erkrankungen der peripherischen Blutgefäße, von Goldscheider. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928, Nr. 1, S. 2 und Nr. 2, S. 65.) In einem Vortrage im internationalen Fortbildungskurs behandelt Verf. die spastischen Gefäßerkrankungen, die als eine Folge einer erhöhten Reizbarkeit der Gefäße anzusehen sind. Die verschiedensten Ursachen können diese erhöhte nervöse Erregbarkeit bedingen. Konstitutionelle und erworbene Neurasthenie, konstitutionelle Minderwertigkeit des Gefäßsystems, auch Thyreotoxikosen kommen in Betracht, ferner übermäßiger Gehalt des Gewebes an reizenden Stoffen bei Stoffwechselstörungen sowie erhöhter Gehalt des Blutes an hormonalen Stoffen. Auch anatomische Arterienerkrankungen, wie Atherosklerose, aber

Digitized by Google

auch bei Syphilis, bedingen eine erhöhte Krampfbereitschaft. Von den Nervenreizen sind es besonders Schmerz- und Kältereize, die zu Gefäßspasmen führen. Schmerzhafte Gefäßkrämpfe können auf einer primären Hyperalgesie beruhen und sind oft mit kleinen Hautblutungen verbunden, die auch ohne Schmerzanfälle vorkommen können (Neuropathenflecke). Von welchen Umständen die Schmerzen abhängen, ist nicht hinreichend geklärt. Wahrscheinlich führt der durch den Spasmus bedingte Sauerstoffmangel zur Bildung von schmerzerzeugenden sauren Stoffen, während es sich bei den sehr großen Schmerzen der Raynaudschen und arteriosklerotischen Gangrän um nekrotisierende Gewebsvorgänge handelt, welche die Nervensubstanz zerstören. Zu den spastischen Gefäßneurosen gehören die Akroparästhesien, ferner die Akrozyanose, sowie die mehr allgemeinen Angioneurosen, die alle hauptsächlich bei Frauen vorkommen und sicher mit den Sexualfunktionen im Zusammenhang stehen. Auch die Raynaudsche Krankheit gehört in dieses Gebiet, ebenfalls die Erythromelalgie. Therapie: roborierende Maßnahmen, Bäder, Gymnastik, Höhenluft, psychische Beeinflussung, Eisen, Arsen, Phosphor, Organpräparate, Kalzium, eventuell in Verbindung mit Brom, Höhensonne, Vierzellenbäder, Diathermie, eventuell Sympathektomie. Auch die Arteriosklerose zeigt besonders im Anfangsstadium eine erhöhte Labilität der Gefäße, allerdings kommt diese Krampfbereitschaft nicht der Arteriosklerose als solcher, sondern vielmehr einer begleitenden nervösen Überempfindlichkeit zu. Die Gefäßkrämpfe sind als ein krankhaft gesteigerter Reflex auf Grund der Gefäßwanderkrankung anzusehen, woraus sich ergibt, daß ein hyperästhetischer Zustand des Gefäßnervenapparates vorliegen muß. Um eine solche Krampfbereitschaft pathologisch veränderter, speziell atheromatöser Arterien handelt es sich auch gewöhnlich bei dem intermittierenden Hinken. Die Behandlung hat sich gegen die Gefäßerkrankung und die Krampfbereitschaft zu richten (Diät, ruhige Lebensweise, Tabakentziehung, Jod, Balneotherapie, elektrische und Wärmebehandlung, Psychotherapie). Die medikamentöse Behandlung besteht in Darreichung von Brom, kleinen Chinindosen und Nitrokörpern (Natrium nitrosum und Nitroskleran). In schwereren Fällen war die Lerichesche Operation erfolgreich, weniger hat sich dieselbe bei Raynaudscher Gangrän bewährt. Kapillarmikroskopisch zeigt sich bei Vasoneurosen ein Durcheinander von spastisch verengten und atonisch erweiterten Kapillaren sowie ferner abnorme Wanddurchlässigkeit. Ein derartige funktionelle Gefäßerkrankung mit erhöhter Durchlässigkeit der Kapillarwände stellt das Quinckesche Ödem dar, jedoch sind diese Formen der flüchtigen Ödeme nicht zu den eigentlichen Angioneurosen zu rechnen, weil sie meist gar nicht bei Angioneurotikern vorkommen. Möglicherweise geht diese erhöhte Durchlässigkeit weniger von den Kapillarwänden als vielmehr vom Gewebe aus. Genau wie durch mechanische und chemische Reize vom Gewebe aus Quaddelbildung ausgelöst werden kann, ebenso ist die Möglichlichkeit gegeben, daß bei anderen Ödemen die Gewebsreizung das Primäre darstellt, wobei Überempfindlichkeit im Sinne einer Vagotonie und endokrine Störungen eine Rolle zu spielen scheinen, auch psychische Momente sind nicht ohne Einfluß. Als Therapie kommen Kalzium, ferner Atropin und Organpräparate in Frage, auch endonasale Behandlung, Eigenseruminjektionen und Injektionen von Wittepepton werden mit Erfolg angewandt. B. Peiser-Berlin.

A Familiar Hemorrhagic Condition Associated with Prolongation of the Blooding Time (Erscheinungen familiärer Hämorrhagie mit Verlängerung der Blutungszeit), von G. R. Minot-Boston. (Am. J. m. sc., 1928, Bd. 175, Nr. 3, S. 301—306.) Bei mehreren Gliedern zweier Familien fanden sich multiple Ekchymosen und wiederholtes Nasenbluten: Die Erscheinungen zeigten sich schon in der Kindheit und hielten bis in das spätere Alter an, nahmen jedoch allmählich an Heftigkeit ab. Charakterisiert ist die Erkrankung durch verlängerte Blutungszeit bei Mangel einer Verminderung der Blutplättchen und einer Verzögerung der Gerinnungszeit. E. Levin-Berlin.

Atypical Pathologic Hemorrhage in Early Life (Atypische pathologische Blutung im frühen Alter), von Th. E. Buckman-Jacksonville, Fla. (Am. J. m. sc., 1928, Bd. 175, Nr. 3, S. 307—312.) 5 Fälle von Purpura bei Kindern, in denen sich bemerkenswerterweise verlängerte Blutungszeit und verlängerte Gerinnung bei normalem oder leicht erhöhtem Gehalt an Blutplättchen fand. E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zur Pathogenese der Purpura haemorrhagica, von J. Blöch, II. Med. Univ.-Kl. Wien. (M. Kl., 1928, Nr. 8, S. 296—298.) Bei einem wegen Syphilis mit einem Arsen-Wismutpräparat behandelten Patienten entwickelte sich eine Purpura haemorrhagica thrombopenica, die als toxisch aufzufassen und wohl medullärer Genese durch Schädigung der Megakaryozyten war. Die Erscheinungen schwanden bei Behandlung mit Calc. chlorat. i. v., Gelatine, Calc. lact., Eigenblutinjektionen, traten aber regel-

Digitized by Google

mäßig nach jeder Einspritzung von Mirion wieder auf. Die einzelnen Bestandteile dieses Präparates erzeugten keine Blutungen, die Wirkung muß also auf der Konstitution der hochmolekularen Jodverbindung beruhen. Da gleiches sonst nicht beobachtet ist, muß noch ein weiterer Faktor hinzukommen, der in einer Schädigung der Gefäßwände durch die voraufgehende Arsen-Wismutintoxikation zu suchen ist; diese spielt jedenfalls neben der Thrombopenie bei dem Zustandekommen der Blutung eine wesentliche Rolle.

E. Levin-Berlin.

Schwarzer Dermographismus, von Jurjew. (Klinitscheskaja Medicina, 1928, Bd. 5, Nr. 8.) Bei einer Kranken mit Dystrophia adiposogenitalis konstatierte Verf. folgendes Phänomen: Beim Hinüberstreichen über die Oberfläche der Haut mit einem Metallinstrument (Metallgriff des Perkussionshammers oder einer kupfernen oder silbernen Münze) entwickelten sich schwarze Streifen, welche 1—2 Min. anhielten.

A. Jordan-Moskau.

Operationslose Behandlung der Krampfadern durch künstliche Verödung, von C. Siebert und E. Wreszynski, Dermatol. Abt. Krkh. Berlin-Lankwitz. (Beihefte z. M. Kl., 1928, Jahrg. 24, H. 1.) Die Entstehungsursache der Varizen ist noch nicht sicher bekannt. Die von Linser inaugurierte Methode der künstlichen Venenverödung konnte zu einer weiteren Verbreitung nur führen, wenn man ihre Grundlagen, nämlich die Ungefährlichkeit, besonders den Ausschluß der Emboliegefahr, als gegeben annahm. Dafür sprachen die Erfahrungen der künstlichen Thrombosierung nach Sublimateinspritzungen bei Syphilisbehandlung und der spontanen Thrombosierungen in Varizen. Es handelt sich dabei um lokalisierte, nicht infektiöse Prozesse, bei denen sich außerordentlich festsitzende, mit der Venenwand direkt verfilzte Pfröpfe bilden. Der Behandlung können auch geringere Venenektasien unterworfen werden, die noch keine weiteren Störungen hervorgerufen haben; Kontraindikationen bilden höheres Lebensalter, Marasmus, inkompensierte Herzleiden und Nierenentzündungen, Gravidität, große Myome, chronisch intermittierendes Hinken, akute entzündliche Prozesse wie Furunkel, Zellgewebsentzündungen; Vorsicht ist geboten bei Diabetes, Kranken mit hohem Blutdruck und apoplektischem Habitus, alten überstandenen tiefen Phlebitiden. Die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden. Häufig sind unmittelbar an die Einspritzung sich anschließende, aber bald wieder vorübergehende Schmerzen; eine gewisse Reaktion und Druckempfindlichkeit ist sogar für den Erfolg wünschenswert. Bei zylindrisch erweiterten und knotig degenerierten Venen muß man bisweilen die Einspritzungen unter Änderung der Konzentration und des Mittels wiederholen. Es wurden empfohlen Kochsalz (15—20—30%), Chlorkalzium, Natr. salicyl. (20—30%), Natriumzitrat (50%), Jodtinktur, Lugolsche und Preglsche Lösung, Sodalösung (10%), Sublimat, Hydrarg. bijodat. ½% + Natriumjodat + Natriumchlorid ½%, Alkohol 30%, Traubenzuckerlösung 66%, Invertzuckerlösung 50%, Chinin + Urethan, Argochrom, Rivanol. Von den ungiftigen Mitteln, die auch den großen Vorzug haben, in größeren Mengen und in einer Sitzung an beiden Beinen eingespritzt werden zu können, kommt besonders Kochsalzlösung (in Ampullen als fertiges Präparat „Varikophtin" mit Zusatz eines Anästhetikums), Traubenzuckerlösung (in Ampullen als „Osmon"), Invertzucker (in Ampullen als „Calorose") in Betracht. Bei dem stehenden Patienten wird je eine Staubinde unter- und oberhalb der Injektionsstelle angelegt, nach Niederlegen wird die Kanüle eingestochen und wenn Einströmen des Blutes ihr gutes Liegen anzeigt die zentrale Binde gelöst, das Bein etwas angehoben, das Blut zentralwärts ausgestrichen und injiziert. Nach Herausziehen der Nadel wird komprimiert und massiert. Handelt es sich um schlecht reagierende Venen, so empfiehlt es sich nach vermeintlicher völliger Entleerung der Vene 5 cm ober- und unterhalb der Einstichstelle komprimieren und die Kompression noch einige Minuten nach der Einspritzung bestehen zu lassen. Die ersten Einspritzungen werden am besten in der Gegend des Knies gemacht, weil dann oft die erweiterten Venen bei Ausbleiben erneuter Füllung zusammenfallen. Die ersten Einspritzungen sollen mit geringeren Mengen und schwächeren Konzentrationen (2—3 ccm einer 15%igen Kochsalzlösung) erfolgen, um die Reaktion des Patienten auszuprobieren; bei ungenügender Wirkung und guter Verträglichkeit kann auf 4—5 (selten 10) ccm einer 20—30%igen Lösung gestiegen werden. Bei Traubenzucker sind die Reaktionserscheinungen milder, trotzdem soll mit nur 2 ccm der 66%igen Lösung begonnen und eventuell auf 5 ccm gestiegen werden. An dem gleichen Bein ist die Einspritzung frühestens nach 8 Tagen zu wiederholen. War die Obliteration keine vollständige, so kann ein Rezidiv an den injizierten Venen auftreten, was bei Traubenzucker häufiger vorkommt als bei Kochsalz. Im übrigen beruhen Rezidive gewöhnlich auf stärkerem Hervortreten der von der Oblitera-

Digitized by Google

tion nicht betroffenen Gefäße, an denen es aber nur ausnahmsweise zur Entwicklung variköser Degeneration kommt. E. Levin-Berlin.

Die künstliche Verödung von Krampfadern, von C. Siebert, Derm. Abt. Krkh. Berlin-Lankwitz. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928, Nr. 3, S. 105.) Verf. empfiehlt die Linsersche Methode der Krampfaderverödung durch 15—20%ige Kochsalzlösung oder das „Varicophtin" von Linser. D. Simons-Berlin.

Zur Krampfaderinjektionsbehandlung, von E. Ruhemann, Chir. polikl. Univ.-Inst. Leipzig. (Kl. W., 1928, Nr. 15, S. 689.) Dem Verf. hat sich am besten die Injektion der hochprozentigen Kochsalzlösung bewährt, die er den hypertonischen Traubenzuckerlösungen vorzieht. Verf. benutzt daher das Varicophtin, eine 20%ige Kochsalzlösung mit einem Anästhetikum. Die gelegentlich beobachteten Hautnekrosen dürfen bei richtiger Technik nicht vorkommen. Es darf nicht durch die Art des gewählten Mittels zu Intoxikationen kommen, und vor allem muß man sich vor der Verschleppung von Koagulationsthromben hüten. E. Langer-Berlin.

Notes on the Injection Treatment of Varicose Veins (Bemerkungen über die Injektionsbehandlung von Varizen), von H. M. Hanschell. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3508, S. 542.) Für die Injektionsbehandlung von Varizen zieht H. das Chinin vor und hat es bei mehr als 100 von seinen etwa 200 zählenden Fällen angewandt. Er verwendet das salzsaure Salz in 13%iger Lösung. Im übrigen auch Natrium salicylicum (20—30%) und Chlornatrium in 20%iger Lösung. Verf. war durch das Entgegenkommen eines Patienten im Seemannskrankenhaus in der Lage, Biopsien an injizierten Venen auszuführen, wobei er unter anderem feststellte, daß 7 Tage nach der Injektion die Organisation des festanhaftenden Gerinnsels bereits in vollem Gange war. In den Tropen sieht man nach der subkutanen oder intramuskulären Injektion von Chinin und auch von Natrium salicylicum und von Chlornatrium relativ häufig sehr fatale Gangränbildung. Die vom Verf. verabreichte Dosis zur Schmerzlinderung mit Methan versetzten Chinins betrug nur wenige Tropfen, meistens 0,5 ccm und nur in Ausnahmefällen 1 ccm.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Treatment of Varicose Veins by Injections (Die Injektionsbehandlung von Varizen), von T. H. T. Barber. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3509, S. 594.) B. macht darauf aufmerksam, daß beim tiefen Inspirieren die oberflächlichen Venen distendiert werden und sich während einer ausgiebigen Exspiration kontrahieren. Er rät deswegen, das Einführen der Injektionskanüle während einer tiefen Inspiration vorzunehmen, das Einspritzen der Lösung dagegen während einer ausgiebigen Exspiration zu bewerkstelligen. Man kommt bei der hierdurch erzielten innigeren Berührung des Medikaments mit der Venenwand mit kleineren Dosen als sonst aus. Tiefes Einatmen soll noch während einer Ruhepause von mindestens 10 Minuten nach der Einspritzung vermieden werden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Urtikaria und Erytheme

Die Behandlung chronischer Urtikaria, von O. Burwinkel-Bad Nauheim. (D. m. W., 1928, Nr. 17, S. 706.) Verf. empfiehlt große Dosen von Natr. bicarbonic. und salzarme vegetarische Diät, außerdem Aderlaß (300—400 ccm, bei Frauen und Kindern entsprechend weniger). Zur Bekämpfung des Juckreizes eignet sich: Acid. salicyl. 3,0, Spirit. menthol. 150,0, Glyzerin 30,0. F. Harry-Wiesbaden.

The Etiology and Results of Treatment in Angioneurotic Edema and Urticaria (Ätiologie und Behandlungserfolge bei angioneurotischem Ödem und Urtikaria), von F. R. Menagh-Detroit. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 9, S. 668.) Nach der Erfahrung an dem reichen Material von 260 Fällen erklärt Verf., angioneurotisches Ödem und Urtikaria seien allergische Erscheinungen. Bei 30% waren die ätiologischen Faktoren die Resorption von Nahrungsmittel- und anderen fremdartigen Proteinen; bei 48.8% war der einzige ätiologische Faktor Krankheit der Gallenwege und bei 11.2% der Fälle waren diese beiden Faktoren zusammen vorhanden. Das Alter der Patienten war bei der ersten Gruppe der Fälle zwischen 20 und 39, bei der zweiten zwischen 30 und 49 Jahren, das weibliche Geschlecht war bei der Gesamtsumme der Fälle mit 64,6 gegen 35,4 des männlichen befallen. Die Behandlung war gegen die ursächlichen Momente — wo solche festzustellen waren — gerichtet: 45,2% der Fälle wurden vollständig geheilt, 38,6% gebessert und 16,3% ungeheilt. M. Stern-München.

Erythema exsudativum multiforme mucosae oris recidivans, von E. Kistjakowski. (Wratschebnoje Delo, 1928, Nr. 7.) Beschreibung von 3 Fällen von ausschließlicher Lokalisation des Erythema exsudativum multiforme auf der Mundschleimhaut,

Digitized by Google

wobei sich in dem einen Fall die Erscheinungen im Laufe von 10 Jahren immer von neuem wiederholten. A. Jordan-Moskau.

Erythema Nodosum and Acute Endocarditis Following Tonsillitis: Recovery after Treatment With Antistreptococcus Serum (Erythema nodosum und akute Endokarditis im Gefolge von Tonsillitis: Genesung bei Behandlung mit Antistreptokokkenserum), von A. Markson-Liverpool. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3512, S. 715.) Ein 22jähr. Mädchen mit ausgesprochener follikulärer Tonsillitis (bei negativem Diphtherieabstrich) zeigte nach anfänglicher Besserung am 6. Krankheitstag wiederum Temperaturanstieg (39°). Symptome von Endokarditis an 3 Ostien und Entwicklung von zahlreichen typischen Knoten von Erythema nodosum an beiden Unterschenkeln. Trotz ausgiebigen Dosen von Natrium salicylicum Fortdauer aller Symptome und Nachschübe von Erythemknoten, bis am 5. Tage dieser Fieberperiode 25 ccm polyvalentes Antistreptokokkenserum subkutan injiziert wurden. Als nach weiteren 3 Tagen noch 10 ccm verabreicht wurden, verschwanden alle Störungen außer einer noch andauernden Mitralaffektion vollständig. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes

Paralysie faciale zostérienne (zona otitique total) (Fazialislähmung infolge Herpes zoster), von L. Ramond. (Presse méd., 1928, Nr. 32, S. 507.) Pat. von 44 Jahren, seit 6 Tagen Halsschmerzen, Fieber, zeigt periphere Fazialislähmung und Schmerzen in der Regio auriculo-temporalis, 3 kleine Herpesbläschen in der Mitte der Ohrmuschel, 2 weitere am oberen Teil der Helix; das Ganglion geniculi ist durch das Herpesvirus ebenfalls ergriffen, ferner Hypoakusie durch Läsion des Mittelohrs, Überregbarkeit des Canalis semicircularis horizontalis und hierdurch Mitbeteiligung des inneren Ohres. Lumbalpunktion zeigt Meningitis infolge Zostervirus. D. Abel-Lörrach.

Zur Diagnose und Therapie des Zoster, von E. Lauda. (W. kl. W., 1928, Nr. 15. S. 530.) Richtlinien für die Praxis.

Zur Frage Malaria-Herpes zoster, von F. M. Peter. (Zschr. f. ges. Neurol. u. Psych., 1928, Bd. 112, H. 1/2, S. 79.) Nicht ganz selten wurden bei chronischen Malariakranken in der Latenz und auch bei fieberhaften Rezidiven Herpes-zoster-Effloreszenzen beobachtet, die sämtlich gutartig verliefen. Der Verf. macht dafür die Malaria (teils Tertiana, teils Tropika) ursächlich verantwortlich und will anregen, das Rückenmark, die hinteren Wurzeln, Spinalganglien und peripheren Nerven auf histopathologische Veränderungen zu untersuchen. Der Herpes zoster wird als larvierte Malaria aufgefaßt. Der Verf. vermutet malaria-spezifische histologische Veränderungen. W. Kirschbaum-Hamburg.

Herpes zoster und Varizellen, von A. Kletetschka und F. Lucksch. (M. Kl., 1928, Nr. 13, S. 492—493.) Eine Frau, die ihren an Zoster sacro-ischiadicus erkrankten Mann gepflegt hatte, erkrankte ungefähr 14 Tage später an Varizellen; der Mann hatte in der Kindheit Varizellen durchgemacht, die Frau nicht. Die Übertragung von der einen Person auf die andere erscheint sicher. Wenn Erwachsene im allgemeinen Zoster und nicht Varizellen bekommen, so ist das Auftreten der letzteren in diesem Falle dadurch zu erklären, daß die Frau in der Kindheit keine Varizellen durchgemacht hatte. Das Überstehen der im Kindesalter häufigen Varizellen gibt eine Immunität für das Hautorgan und läßt das Virus nur am Nervensystem angreifen und in Zusammenhang damit nur ganz umschriebene Hautpartien erkranken. Deshalb sind beim Erwachsenen Varizellen selten, hingegen Zoster häufig, während sich dieser bei Kindern selten findet. E. Levin-Berlin.

Essais de vaccination du lapin contre la névraxite provoquée par le virus herpéto-encéphalitique (Versuche einer Impfung von Kaninchen gegen die durch Herpes-Enzephalitis-Virus hervorgerufene Erkrankung des Zentralnervensystems), von L. Fournier und C. Levaditi. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 13, S. 1115 bis 1117.) Werden Kaninchen mit Herpes-Enzephalitis-Virus subkutan oder intramuskulär zu wiederholten Malen in einer Dosis von 2 ccm und mehr gespritzt, so zeigen sie danach, abgesehen von vereinzelten Fällen, in denen typische enzephalo-myelitische Erscheinungen auftreten, keinerlei Krankheitszustände. Bei einer nachfolgenden intrazerebralen Probeimpfung, die bei den nicht vorbehandelten Kontrolltieren tödlich verläuft, ergibt sich eine vollkommene Immunität, die 5—6 Monate nach der letzten Einspritzung vorhält. Dieser Schutz ist davon abhängig, daß genügend zahlreiche Einspritzungen in ausreichender Stärke verabfolgt werden; nur hin und wieder war ein Tier trotzdem empfänglich, und zwar besonders wenn seit der Impfung zu lange Zeit vergangen war.

Digitized by Google

Wahrscheinlich wird durch die Impfung eine leichte, klinisch nicht in die Erscheinung tretende Infektion des Zentralnervensystems bewirkt, die einen wirksamen Immunitätszustand der Gewebe hervorruft. E. Levin-Berlin.

Neuro-infections auto-stérisables (encéphalite, herpès, rage) (Selbststerilisierende Neuroinfektionen [Enzephalitis, Herpes, Hundswut]). von C. Levaditi, V. Sanchis-Bayarri und R. Schoen. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 911—914.) Die Entwicklung des neurotropen Virus löst an den konstituierenden Elementen des Nervensystems reaktive Läsionen aus, die zum Teil einen Abwehrprozeß darstellen. Hierbei kann in Verbindung mit einer phagozytären Vernichtung der Trümmer der degenerierten Nervenzellen eine vollkommene Zerstörung des in ihnen entwickelten Virus in situ stattfinden. Die Intensität der Reaktionen bei derartigen neurotropen Infektionen ist gewöhnlich so stark, daß die Tiere dadurch zugrunde gehen. Indessen zeigten sich bei einigen Kaninchen, die mit Herpes-Enzephalitis-Virus geimpft und an interkurrenten Infektionen zugrunde gegangen waren, am Gehirn zwar intensive, aber lokalisierte Veränderungen, die als „chronische Läsionen" bezeichnet werden können. Weiterimpfungen mit Gehirn dieser Tiere fielen im allgemeinen negativ aus, es war also eine Sterilisierung der Nervensubstanz zustande gekommen. Es ist für Herpes und Enzephalitis unbestreitbar, daß intensive, auch tödliche Veränderungen am Gehirn vorhanden sein können, ohne daß man den Keim im Gehirn nachweisen kann; dasselbe kann auch bei der Hundswut beobachtet werden. Es wird dadurch auch erklärlich, daß es häufig möglich ist, durch Verimpfung des Nervensystems an Encephalitis lethargica verstorbener Personen das Virus nachzuweisen und daß sich Ähnliches auch beim Studium der Ätiologie der post-vakzinalen Enzephalitis ergeben hat. E. Levin-Berlin.

Prurigo und Pruritus

Zur Bäderbehandlung des Juckreizes, von L. Arzt, Derm. Univ.-Kl. Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 13, S. 412.) Ganz besonders günstig wirkt das Wasserbett, das aber nur bei stationärer Behandlung anwendbar ist. Hierfür geeignet sind unter anderem Ekzeme, Lichen ruber und Salvarsandermatitis. Als Kontraindikationen kommen Störungen von seiten der Kreislauforgane in Frage. Genügt das Wasserbett allein nicht zur Linderung des Juckens, so empfehlen sich medikamentöse Zusätze, in erster Linie die Radiumemanation. Aber auch die verschiedenen Teerpräparate stellen wertvolle Antipruriginosa dar, desgleichen der Schwefel in seinen verschiedenen Formen. (Es werden von Präparaten erwähnt: Lituanol, Empyrol, Sol. Vlemingkx, Thiorubrol. Ref. vermißt darunter das ausgezeichnete Balnacid [!]). Auch das „Sandor-Schaumbad", das leicht in jeder Badewanne herzurichten ist, wird empfohlen. E. Langer-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Unter besonderen Qualen erlittene Körperverletzungen, von H. Tittinger-Czernowitz. (W. m. W., 1928, Nr. 11, S. 348.) Verf. bespricht einen Fall, in dem ein junger Mann schwere erlittene Mißhandlungen dadurch vortäuschen wollte, daß er sich die Haut mit dicken Anilinfarbstrichen bemalte und dann mit der Vorspiegelung von Schmerzen unter besonderen Qualen vor Gericht erschien, wo er schnell entlarvt wurde. E. Langer-Berlin.

Treatment of Burns by Tannic Acid (Die Behandlung von Verbrennungen mit Acidum tannicum). von R. M. Gordon-Glasgow. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5451, S. 336.) Umschläge mit einer 2,5%igen Lösung von Acidum tannicum sind schmerzlindernd, schützen durch Koagulierung das Gewebe, trocknen es aus und verhindern einen übermäßigen Flüssigkeitsverlust. Sekundärinfektionen werden verhindert, die Heilung wird beschleunigt. Das Wichtigste ist, daß die gefährlichen Intoxikationen vermieden werden, da durch Vergerbung des Gewebes eine Resorption der toxischen Substanzen unmöglich gemacht wird. Da diese Chokwirkungen in den ersten Tagen der Erkrankung auftreten, ist es unbedingt notwendig, mit der Tanninbehandlung sofort zu beginnen. Sobald sich die Koagulationsmassen gelockert haben, werden sie entfernt und es tritt dann gut granulierendes, in Heilung befindliches, aseptisches Gewebe zutage. Beschreibung eines unter dieser Behandlung günstig verlaufenden Falles bei einem 2jährigen Kinde. B. Peiser-Berlin.

Erfahrungen in der Wundbehandlung mit Röhms Wundsalbe und Wundstreupulver, von Basmann, Chir. Abt. Katharina-Krkhs. Königsberg i. Pr. (Ther. d. Gegenw., 1928, H. 2, S. 90.) Die von der chemischen Fabrik Röhm & Haas in den

Digitized by Google

Handel gebrachten Wundsalbe und Wundpuder haben sich besonders bei stark eiternden Wunden (Furunkel, Unterschenkelgeschwüre, auch Brandwunden) gut bewährt. Die wichtigste Komponente ist ein Pankreasextrakt. B. Peiser-Berlin.

Durch ein elektrisches Bügeleisen verursachter tödlicher Unfall und dessen überraschende Aufklärung, von St. Jellinek-Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 12, S. 379.) Verf. beschreibt einen praktisch außerordentlich wichtigen Fall, in dem eine Frau durch Arbeiten mit einem elektrischen Bügeleisen einen tödlichen Unfall infolge „Körperschluß" erlitt. Hierunter versteht man einen Zustand, bei dem durch einen Isolationsfehler der elektrische Strom seine vorgeschriebene Bahn verläßt und in die Umgebung, d. h. den Körper übergeht. Kenntlich ist auch im vorliegenden Falle der „Körperschluß" an der Strommarke an dem rechten kleinen Finger. Das Unglück wurde neben dem „Körperschluß" besonders auch dadurch begünstigt, daß die betreffende Frau barfuß bügelte und noch dazu auf einem nassen, kurz vorher gescheuerten Boden. Der Tod trat in dem Typus des „verlangsamten Absterbens" — deutliche Atembewegungen, Pulsationen am Halse, bei der Obduktion Gehirnödem — ein. Die Schlußstelle war in diesem Falle auf Temperaturkontakt zurückzuführen. E. Langer-Berlin.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie

Bedeutung der Diphtheriebazillen für das weibliche Genitale, von H. Küstner, Hyg. Inst. Breslau. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 106, S. 169.) Die Erkrankung kommt bei Wöchnerinnen und Kleinkindern vor. Bei letzteren besteht meist gleichzeitig Rachendiphtherie, die durch Keimverschleppung zu einer Erkrankung der Genitalien führt. Daneben ist auch das isolierte Auftreten von Diphtherie an den Genitalien beobachtet worden. Die Erkrankung der puerperalen Genitalien an Diphtherie steht meist mit einer vorhandenen Rachendiphtherie im Zusammenhang. Sie ruft häufig starke Zerstörung und Nekrosenbildung hervor. Mitteilung eines Falles, bei dem es zu Abszeßbildung gekommen ist. F. Harry-Wiesbaden.

Ekzem, Rosazea

L'eczéma du nourrisson et son traitement (Das Säuglingsekzem und seine Behandlung), von P. Lereboullet. (Paris méd., 1928, Nr. 19, S. 433—436.) Das Säuglingsekzem tritt in der 6.—8. Woche auf und endet im 9.—15. Monate. Seine Ätiologie ist noch nicht geklärt; die Konstitution der Eltern des Kindes ist von Bedeutung und die Ernährung (häufiges Auftreten bei Brustkindern, wenn die Milch sehr fett ist) spielt jedenfalls eine Rolle. Deshalb muß die Milchzufuhr eingeschränkt und das Kind unter Umständen ganz abgesetzt werden. Desensibilisierung durch Darreichung von Pepton kurz vor den Mahlzeiten ist zu versuchen. Zahlreiche allgemeine Maßnahmen können von Erfolg sein: Kalkpräparate, Organotherapie, ultraviolette Strahlen. Niemals sollen derartige Kinder ins Krankenhaus gebracht werden, wo sie oft ganz akut zugrunde gehen, wahrscheinlich durch eine Art anaphylaktischer Reaktion. Höhenluft wirkt günstig. Bezüglich der örtlichen Behandlung nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Versuch der Ekzembehandlung mit intravenösen Kochsalzinjektionen, von A. Senin. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1928, Nr. 4.) Verf. sah bei akutem Ekzem durch 8—10 intravenöse Injektionen von je 10 ccm einer 10%igen Chlornatriumlösung gute Resultate. A. Jordan-Moskau.

Aulinogen-Vaseline, von W. Massmann-Mülheim, Ruhr. (Kl. W., 1928, Nr. 11, S. 527.) Im Selbstversuch hat sich dem Verf. bei einem hartnäckigen und rezidivierenden Ohrenekzem die Aulinogen-Vaseline bewährt, die er danach auch in anderen Fällen von Ekzemen mit Erfolg verwendet hat. E. Langer-Berlin.

Psoriasis

Ein Fall von Psoriasisheilung durch Sistomensin, von K. Sochatzy-Alzey. (M. m. W., 1928, Nr. 18, S. 775.) Fall von Psoriasis der mit 5 Jahren beginnend bis zum 14. Lebensjahre ohne ganz zu verschwinden zurückging, mit Eintritt der Menses sich stärker ausbreitete. Nach dreimonatiger Schwangerschaft wiederum Rückgang bis zum völligen Verschwinden. Nach Partus und dreimonatiger Stillperiode sofort stärkster Neuausbruch. Nach Sistomensin (Ciba-G. m. b. H) binnen 3 Wochen völlige Abheilung, die anscheinend von Dauer war. M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis

Zur Kasuistik der Erythrodermia desquamativa Leiner, von B. Hirschberg (Wratschebnaja Gaseta, 1928, Nr. 8, S. 592.) Beobachtung eines Falles von Erythrodermia Leiner in der Kinderklinik der II. Moskauer Universität. Die Krankheit hatte bei dem 2 Monate alten Knaben vor 3 Wochen in den Achselhöhlen, unter Röte und Nässen begonnen und sich allmählich über den ganzen Körper ausgebreitet. Obgleich das Kind weiter gestillt wurde, schwanden allmählich die Hauterscheinungen.

A. Jordan-Moskau.

Bullöse Dermatosen

A Note on Ultra-Violet Radiation in the Treatment of Pemphigus Neonatorum (Ultraviolettlicht bei der Behandlung des Pemphigus neonatorum), von A. W. Gregorson. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5458, S. 703.) Der Verf. empfiehlt, die Kinder möglichst nicht zu baden und zweimal wöchentlich mit der Quecksilberdampflampe zu belichten. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über Erfahrungen bei einer Pemphigoidepidemie bei Säuglingen, von M. Imre-Szeged. (Orvosi Ujság, 1928, Nr. 8 [ungarisch]). Verf. berichtet über 50 Fälle von Pemphigoid, welche er teils ambulant, teils auf der Säuglingsstation der Universitäts-Klinik beobachtete. Die Epidemie wurde durch einen bronchopneumonischen Säugling in die Klinik verschleppt, bei dem am linken Nasenflügel eine pemphigoide Blase vorhanden war. Bei Säuglingen mit geschädigter Haut kam es zur Bildung zahlreicher Blasen. Auffallend war die rasche Entstehung der Blasen, oft in wenigen Stunden. Verf. hält besonders jene Fälle für interessant, wo sich die Pemphigoidblasen in unmittelbarer Nähe der impetiginösen Veränderungen entwickelten. Daß zwischen Pemphigoid und Impetigo eine Verwandtschaft besteht, zeigt auch der Umstand, daß in einigen Fällen der Erreger der Impetigo ein Pemphigoid provozierte und andererseits, daß eine Ärztin und eine Pflegerin, welche mit den Pemphigoidkranken beschäftigt waren, an Impetigo des Nagelbettes erkrankten. Bakteriologische Untersuchungen zwecks Identifizierung des Erregers. Auf Ausstrichpräparaten grampositiv. Diplokokken, auf geeignetem Nährboden Staphylokokken in Reinkultur. Therapie: Bepinselungen mit 10%igem Lapis, Dermatol-Bolus-Behandlung und 0,5%ige Bolus-Einreibungen.

K. v. Berde-Szeged.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Zur Kauterisationstherapie nach Bier, von A. Schüle-Freiburg i. Br. (M. Kl., 1928, Nr. 13, S. 496.) Die Mitteilungen von Bier über die Wirkung des Ferrum candens erklären auch die Heilung des Karbunkels mittels Glüheisen und des frischen Furunkels durch zentrale Kauterisation durch den Reiz der verbrannten Eiweißstoffe.

E. Levin-Berlin.

Die Behandlung akut-entzündlicher Prozesse der Haut und ihrer Anhangsgebilde mit Kohlensäureschnee, von F. Kroh-Köln. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 15, S. 919.) Das Verfahren hat sich dem Verf. zur konservativen Behandlung oberflächlicher Infiltrate gut bewährt. Entsprechend der Größe des Infektionsherdes wird ein genau abgepaßtes Stück Kohlensäureschnee von mindestens 0,5 cm Dicke mit einem Spatel fest auf den Entzündungsherd gepreßt und je nach Größe des Infiltrats 20—180 Sekunden auf der entzündeten Hautstelle gelassen. Nach einem bis höchstens 4 Tagen ist das Infiltrat so weit erweicht, daß seine Eröffnung mit einer spitzen Pinzette erfolgen kann. Wegen der Schmerzhaftigkeit der Vereisung empfiehlt es sich, vor und nachher irgend ein Analgetikum zu geben. F. Landauer-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Behandlung des Erysipels mit peroralen Sulf. jod. D 3-Gaben, von E. Bumm, Chir. Univ.-Kl. Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 8, S. 286—287.) Durch täglich dreimalige Darreichung einer Tablette von Sulf. jod. D 3 eine halbe Stunde vor dem Essen wurde in einer Anzahl unzweifelhafter akuter Erysipele eine schnelle kritische Entfieberung erzielt, in anderen verlief der Temperaturabfall zögernder; in den letzteren Fällen konnte bisweilen noch ein Fortschreiten des Erysipels festgestellt werden, in den anderen blieb es stehen oder es erfolgte auch mit dem Fieberabfall ein Schwinden oder wesentliches Nachlassen der Röte. Der Schwefel scheint eine antitoxische Wirkung zu entfalten. Rezidive kamen auch nach dieser Behandlung vor; Versuche bei Personen, die an rezidivierendem

Digitized by Google

Erysipel litten, durch fortgesetzte Schwefeldarreichung die Rezidive zu verhindern, ergaben noch keine verwertbaren Resultate. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Erysipelbehandlung, von O. Kraus-Lissa a. d. E. (Böhmen). (M. Kl., 1928, Nr. 8, S. 294—296.) Bei der Beurteilung der Heilerfolge beim Erysipel ist nicht außer acht zu lassen, daß dieses eine selbstheilende Krankheit ist. Zum Vergleiche verschiedener Behandlungsmethoden wurden gleichalte und gleichartig schwere Fälle abwechselnd mit intraglutäalen Milchinjektionen (5 ccm), intraglutäalen Diphtherieseruminjektionen (5 ccm Pferdeserum), bzw. rein örtlich behandelt. Dabei ergab die Milchbehandlung prompte Heilung mit kritischer oder lytischer Entfieberung am zweiten bis dritten Krankheitstage und gleichzeitigem Schwinden von Röte und Schwellung. Die gleiche Menge Diphtherieserum war lange nicht so wirksam, durch rein örtliche Behandlung wurde die Dauer des Erysipels nicht wesentlich abgekürzt. Kontraindikationen gegen die Milchbehandlung geben Lungentuberkulose und chronisch rezidivierende Magenblutungen ab. E. Levin-Berlin.

The Antitoxin Treatment of Erysipelas (Die Antitoxinbehandlung des Erysipels), von F. N. Allan. (Proceedings of the Staff Meet. of the Mayo Clinic, 1928, Bd. 3, Nr. 4, S. 23.) Günstige Erfolge mit einem spezifischen Antistreptokokkenserum. Bei einem großen Teil der Patienten trat unmittelbar als Folge der Injektion ein rascher Rückgang aller Erscheinungen ein. Die Wirkung ist am günstigsten, wenn die Behandlung noch vor dem vierten Krankheitstage einsetzt, später gab es in der Mehrzahl Mißerfolge. Die Injektionen erfolgten intramuskulär, aber auch intrakutane Umspritzung des Krankheitsherdes führte zum Rückgang der Erscheinungen und verhinderte ein Weiterschreiten des Prozesses. Im Durchschnitt wurde die Krankheit durch die Serumbehandlung bedeutend abgekürzt und nur in einem einzigen Fall kam es zum letalen Ausgang. B. Peiser-Berlin.

Tropische Krankheiten

Sur le Kala-Azar aux Indes et le bouton d'Orient à Bagdad (Über Kala-Azar in Indien und die Orientbeule in Bagdad), von H.-C. de Souza-Araujo. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 8, S. 637—639.) Kala-Azar ist in Indien außerordentlich verbreitet. Die klinischen Zeichen sind uncharakteristisch; empfohlen werden Punktion der Milz, Kurettement der Tibia, Formolreaktion im Blut, Nachweis der Leishmania in Präparaten von peripherem Blut und in Kulturen auf Nährboden N. N. N. Behandlung mit intravenösen Einspritzungen von Antimon- und Natriumtartrat, Stibosan, Aminostiburea, Ureastibamin, Stibaminglukosid. Die Übertragung scheint durch Vermehrung der Flagellatenform der Leishmania in den Eingeweiden von Phlebotomus argentipes zu erfolgen. Kala-Azar kann auch Hauterscheinungen in Form von papulösen Effloreszenzen machen, die reichlich Leishmania enthalten. Diese Form der Erscheinungen ist vollkommen verschieden von der brasilianischen Leishmaniose und auch von der Orientbeule; trotzdem soll der Parasit nach der Anschauung einiger Forscher derselbe sein. E. Levin-Berlin.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Dysfunctio pluriglandularis dolorosa, von A. Edelmann. (W. m. W., 1928, Nr. 13, S. 431.) Bei einer größeren Zahl von Patientinnen, die Verf. jahrelang unter der Diagnose „uratische Diathese" eingereiht hatte, ergab eine Revision des Krankheitsbildes, daß es sich um eine „Dysfunctio pluriglandularis dolorosa" handelte. Es findet sich dieser Symptomenkomplex ausnahmslos bei Frauen. Besonders auffallend ist die sehr starke Druckempfindlichkeit der Haut, die häufig prall, aber nicht teigig geschwollen ist. Befallen sind namentlich die Hände, Füße und das Gesicht. An den Nägeln finden sich trophische Störungen. Für eine Störung der Schilddrüsenfunktion ergibt sich die an Myxödem erinnernde Schwellung der Haut, die Trockenheit und Sprödigkeit und Schuppung der Haut und der Haare, die Herabsetzung des Stoffwechsels; einen Ausdruck für die Beteiligung der Hypophyse findet man in der charakteristischen Fettverteilung. Für das Mitbefallensein der Keimdrüsen sprechen Menstruationsstörungen, vorzeitige oder artifizielle Klimax und Ovarialveränderungen. Die vielfach zur Beobachtung kommende Adynamie und der sehr niedrige Blutdruck sprechen für eine Beteiligung der Nebennieren. Bei Autopsien sind verschiedentlich Atrophie und Sklerose einiger Drüsen, in anderen Fällen nur Atrophie gefunden worden und in anderen kein pathologischer Befund. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

L'accumulation du soufre dans la peau après surrénalectomie (Die Speicherung des Schwefels in der Haut nach Nebennierenexstirpation), von M. Loeper, J. Decourt und A. Lesure. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 13, S. 1098—1099.) Nach Exstirpation einer Nebenniere wurden bei drei Hunden in der Haut um 25% höhere Schwefelwerte gefunden als vorher. In welcher Hautschicht der Schwefel sich ansammelt, bedarf noch weiterer Feststellung; beim Addison häuft sich das Melanin, das ein schwefelhaltiges Pigment ist, wesentlich in der Epidermis an.
E. Levin-Berlin.

Virilismus suprarenalis bei einem Adenom der Nebennierenrinde, von M. Winkel, Inn. Abt. d. Stadtkrkhs. Dresden-Johannstadt. (D. Arch. f. kl. Med., 1928, Bd. 159, H. 1/2, S. 1.) Bei einer 36jähr. verheirateten Frau hatte sich im Laufe von 11 Jahren der Virilismus suprarenalis entwickelt; an Oberlippe, Kinn und seitlichen Wangenpartien dichtstehende, kräftige Barthaare, reichliche Behaarung der Achseln, Brust, Bauch usw., Schamhaare von virilem Typ der Anordnung, Stimme rauh, jedoch nicht tief. Mit 26 Jahren Abort, dann sistierten die Menses, kehrten nach zwei Jahren ganz schwach wieder, um nun völlig zu verschwinden; vom 16. bis zum 26. Lebensjahre waren sie stets regelmäßig. Es bestanden gleichzeitig Erscheinungen, die auf eine Hyperfunktion der Nebennierenmarksubstanz hinwiesen, wie Hypertonie, Glykosurie, Polyglobulie. Der Blutzucker schwankte in normalen Grenzen, das refraktäre Verhalten gegen Insulin ließ auf eine gesteigerte Produktion von Adrenalin schließen. Auf Grund der Palpation und des Röntgenbildes wurde mit Wahrscheinlichkeit ein rechtsseitiger Nebennierentumor angenommen, der sich bei der Operation bestätigte und als ein Adenom der Nebennierenrinde erwies. Zwei Tage nach der Operation starb die Patientin. Die Sektion ergab Atrophie beider Nebennieren, der Schilddrüse und der Ovarien, Pankreas und Hypophyse waren von normaler Beschaffenheit. M. Stern-München.

Sexualhormon und Endokrinkrankheiten, von L. Fraenkel-Breslau. (M. m. W., 1928, Nr. 18, S. 780.) Aus den wissenschaftlich hochwertigen Untersuchungen des Verf. ergeben sich als neue Tatsachen die Zunahme der Hormonmengen in der Schwangerschaft, in deren zweiter Hälfte man bisher die Ovarialtätigkeit als stilliegend ansah; Produktionsort ist die Plazenta. Der Hypophysenvorderlappen vermag die Ovarialtätigkeit anzuregen. Das Hypophysenvorderlappenhormon setzt niemals am Erfolgsorgan an, sondern im Gegensatz zum Brunsthormon nur am Eierstock selbst; es kurbelt den Eierstock an. Während das Sexualhormon geschlechtsspezifisch ist, ja sogar das andere Geschlecht hemmt, ist es demgegenüber gleichgültig, ob wir männliche oder weibliche Hypophyse einpflanzen, immer wirkt sie stimulierend auf die Ovarien. Wenn das Ovarialhormon fehlt (Kastration), wenn es im Überfluß vorhanden ist (Gravidität), besteht eine vermehrte Tätigkeit der inneren Drüsen. Wenn bei Einspritzung oder Einpflanzung einer Substanz in die infantile Maus die vom Verf. demonstrierten Corpus-luteum-Adenome sich finden, während bei der kastrierten Maus keine Brunst entsteht, so beweist dies, daß Hypophysenvorderlappensekret vorhanden ist. M. Cohn-Dresden.

Haut und Stoffwechsel

Vergleichende Untersuchungen über Grundumsatz und Polarisationskapazität der Haut in bezug auf die Funktion der Schilddrüse, von W. Lueg und K. Grassheim. I. Med. Kl. Charité Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 14, S. 647.) Kurze vorläufige Mitteilung. Es ergibt sich dabei, daß Gasstoffwechsel und Polarisationskapazität in ihren prozentualen Abweichungen nicht übereinstimmen. Es scheint der Hautkondensatormessung auf jeden Fall eine praktisch klinische Bedeutung zuzukommen. Interessant ist, daß sich bei den Untersuchungen mit dem Hautkondensator Unterschiede zwischen Ober- und Unterkörper ergeben. Eine Reihe von Fällen reagieren am Oberkörper wie die Haut von Basedowkranken und am Unterkörper finden sich Kondensatorwerte wie beim Myxödem. E. Langer-Berlin.

Pigment

Die physiologische Bedeutung des Pigmentes, von Fr. Peemöller-Hamburg-Eppendorf. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 1, S. 168.) Pigmentation kann sowohl durch kurzwelliges Ultraviolett von 313 μμ ab, als auch durch nichterythembildendes, langwelliges Ultraviolett und auch durch dunkle Wärmestrahlung allein hervorgerufen werden. Nichterythembildendes Ultraviolett hatte keinerlei Effekt bei Rachitis, trotzdem die Kinder stark pigmentiert wurden. Bei chirurgischer Tuberkulose erzielt man beste Erfolge bei Kombination von Erythem und Wärmestrahlen. Verf. konnte an

Digitized by Google

vitiliginöser Haut zeigen, daß man imstande ist, hierbei einen Strahlenschutz hervorzurufen und daß ein dicker Pigmentfleck keinen Schutz gegen Ultraviolett bietet. Dem natürlichen Hautpigment kommt in der Hauptsache die Bedeutung einer Schutzvorrichtung gegen leuchtende Wärmestrahlen zu. Infolge der stärkeren Erwärmung der pigmentierten Haut kommt es zu einem viel früheren und stärkeren Schwitzen als bei der nichtpigmentierten Haut. Dementsprechend kühlt sich die pigmentierte Haut viel früher und stärker ab. W. Curth-Berlin.

Sur la nosographie des pigmentations aréolaires (Über die nosologische Bedeutung der netzförmigen Pigmentierungen), von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1928, Bd. 141, Nr. 7, S. 165—168.) Analog einem früher beschriebenem Falle zeigten sich bei einem 19jähr. Mädchen in weiter Ausdehnung an Hals, Rumpf und Ansatz der Arme runde, weiße Flecke von pigmentierter Haut umgeben in einer dem Leucoderma syphiliticum entsprechenden Weise. In beiden Fällen lagen jedoch für Syphilis keinerlei Anzeichen vor, auch bestanden die Erscheinungen schon seit Jahren, in dem einen Falle seit der Kindheit und in gleicher Weise bei zwei Brüdern des Kranken; hingegen handelte es sich bei beiden um aus Algier stammende Personen, so daß ein ethnischer Faktor mitzusprechen scheint. Die Affektion findet sich bei Algeriern häufiger als sonst, ebenso ist auch die Pigmentsyphilis bei ihnen verhältnismäßig häufig. Man kann daraus den hypothetischen Schluß ziehen, daß es sich bei der letzteren Erkrankung nur um ein Manifestwerden eines schon vorher latent vorhanden gewesenen Zustandes handelt. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg. Dermatologische Sektion, 18.—21. September. Angemeldete Vorträge: Fülleborn-Hamburg: Über Haut und Helminthen. — Über die Wanderung der Larven von Askaris und anderen Nematoden. — M. Mayer-Hamburg: Tropische Hautkrankheiten. — Mühlens-Hamburg: Spirochätosen. — Zurhelle-Bonn: Berloque-Krankheit. — Memmesheimer-Bonn: Fokale Infektion und ihre Bedeutung für Dermatosen. — Kolle-Frankfurt: Beziehungen von Syphilisimmunität und Frühbehandlung. — Kerl-Wien: Malariabehandlung der Frühlues. — Stümpke-Hannover: Haut- und Stoffwechselveränderungen. — Benedek-Leipzig: Über experimentelle Schizosaccharomykose. — Levy-Maastricht: Bucky-Grenzstrahlen in der Dermatologie. — Müller-Hamburg: Haut- und autonomes Nervensystem. — Keining-Hamburg: Wirkungsmechanismus der Malariatherapie. — Langer-Berlin: Zur Diagnose der Harnröhren- und Blasenmißbildungen. — Frei-Breslau: Ulcus vulvae chronicum und „Syphilome ano-rectal" in ihren Beziehungen zur Lymphogranulomatosis inguinalis. — Pulvermacher-Berlin: Vom Konstitutionsbegriff in der Dermatologie. — Habermann-Hamburg: Lues verrucosa cutis. — Arzt-Wien: Liquorveränderungen bei tertiärer Schleimhautlues. — Kadisch-Charlottenburg: 1. Zur aktiven serologischen Untersuchung auf Lues, speziell nach der neuen Bruckschen Methode. 2. Einige experimentelle mykologische Fragen. — Ritter-Hamburg: Erfahrungen mit der Müllerschen Media-Metalixröhre zur Oberflächentherapie. — Karrenberg-Hamburg: Die norddeutsche Pilzflora. — Lustig-Meran: Sind Pyodermien ohne diätetische Behandlung heilbar? — Urbach-Wien: Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen unter experimentell geänderten Bedingungen beim Tiere nach Zuckerbelastung. — Wichmann-Hamburg: Zelluläre Abwehrvorgänge in der Haut bei Superinfektion mit Tuberkulose. — Nothhaas-Hamburg: Stoffwechselbefunde bei Psoriasis.

Dr. Ambrogio Bertarelli in Mailand wurde zum korrespondierenden Mitgliede der British Association of Dermatology and Syphilology gewählt.

Prof. Ferdinand Zinsser wurde zum Rektor der Universität Köln gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 33 (Bd. 87) 18. August 1928

Aus der Venerologischen Dispensaire zu Pawlowo-Passad bei Moskau (U. d. SSR)
(Leiter: Dr. A. B. Selisky)

Über einen Fall von „Naevus sebaceus unilateralis" nach Pockenimpfung

Von

A. B. Selisky

Mit 2 Abbildungen im Text

S., Bäuerin, 18 Jahre alt. Immer gesund. Als Kind pockengeimpft, wonach am linken Oberarm übliche Narben verblieben sind. Vor 6 Jahren wieder Pockenimpfung, diesmal am rechten Oberarm, ohne deutliche Reaktion hervorzurufen.

Vor 3 Jahren wurde an den Stellen der letzten Pockenimpfung ein Ausschlag bemerkt; ob der letztere allmählich oder spontan auftrat, konnte S. nicht angeben. Jedenfalls war der rechte Oberarm von irgend welchem Ausschlag vor der letzten Pockenimpfung gänzlich frei. Keine Beschwerden.

Patientin von gutem Ernährungszustand, gut entwickelt. Haut mäßig seborrhoisch. An den Alae nasi einzelne Akneefloreszenzen und Komedonen. Am rechten Oberarm, an den Impfstellen, 2 Herde von gruppierten, nicht konfluierenden Knötchen (Abb. 1). Die einzelnen Elemente etwa stecknadelkopfgroß, halbkugelig und warzenähnlich. Bei näherer Betrachtung scheinen einzelne Knötchen prall gefüllt zu sein. Keine Haare und Öffnungen zu sehen. Durch Druck ist nichts herauszupressen. Der unterste Herd wurde exzidiert, in Formalin und Spiritus fixiert.

Abb. 1

Histologische Untersuchung: Bei makroskopischer Betrachtung der Schnitte fallen große Knötchen auf, die den größten Teil des Gesichtsfeldes beherrschen und den klinisch oben beschriebenen Knötchen entsprechen. Bei mikroskopischer Untersuchung haben sich diese Knötchen als enorm große verzweigte Talgdrüsen, die aus mehreren Läppchen bestehen und mit einem gemeinsamen Ausführungsgang, der direkt nach außen mündet, versehen, erwiesen (Abb. 2). Die meisten Talgdrüsen sind dicht unter der Epidermis lokalisiert.

Der anatomische Bau der Talgdrüsen weist keine Abnormitäten auf. Die Ausführungsgänge erscheinen den transformierten Haarfollikelbälgen ähnlich zu sein, meistens sackartig erweitert und von Horn- und Talgmassen erfüllt. Stellenweise ist ein rudimentäres Härchen als Appendix des erweiterten Ausführungsganges zu sehen.

Digitized by Google

Die Epidermis wird in den periphersten Teilen der Präparate akanthotisch verändert. Ihre Fortsätze bilden hier maschige Geflechte. Im Bereiche der Talgdrüsenhyperplasie mäßige Verhornung. Reichliche Pigmentansammlung in den untersten Reihen der Epidermis. Das Bindegewebe scheint verdichtet zu sein. Elastische Fasern (Fuchsin WEIGERT) verdünnt, stellenweise verdichtet. Die M. arrectores pilorum sind meistens als Reste zu sehen. Die Schweißdrüsen sind teils normal, teils rudimentär. Die Schweißdrüsengänge sind erweitert. Die Gefäße sind stellenweise ein wenig dilatiert und von einer unbedeutenden Anzahl von Infiltrationszellen umgeben. Die letzteren bestehen aus Lymphozyten, Monozyten, wenigen Mastzellen und einigen Plasmazellen.

Für die Diagnose „Naevus sebaceus" waren keine klinischen Anhaltspunkte vorhanden. Wir hatten eine knötchenartige Dermatose vom naevoiden Charakter vor uns. Nur die histologische Untersuchung konnte einen Aufschluß über das Gewebssubstrat der Affektion geben. Klinisch wie histologisch war unser Fall mit dem von JADASSOHN 1895 beschriebenen im allgemeinen identisch.

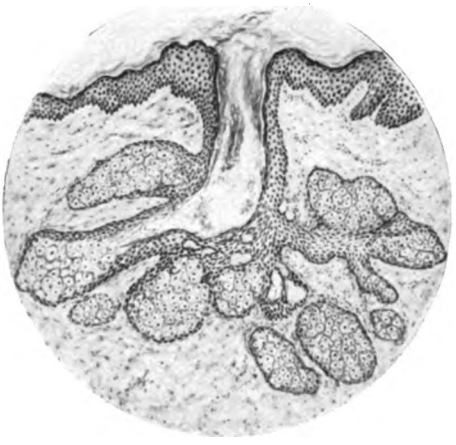


Abb. 2. Reichert Ok. 3, Obj. 3. Eine enorm große verzweigte Talgdrüse, die jedem wärzchenähnlichen Knötchen entspricht

JADASSOHN hat als erster einen Naevus aus typischen Talgdrüsen publiziert. In seinem Falle hat sich dasselbe klinische Bild von stichförmig angeordneten warzenförmigen Effloreszenzen an einer Stelle (Linea alba) als weicher Naevus erwiesen, an anderer (Fuß) als Epithelioma adenoides cysticum und an der dritten (Oberschenkel) als typischer Talgdrüsennaevus von derselben Struktur, wie wir es auch bei uns vor den Augen hatten.

Es folgt daraus, wie schwierig, sogar unmöglich es ist, dem klinischen Bilde nach, in bestimmten Fällen, über die Gewebestruktur zu urteilen.

Wie bekannt, sind strichförmige typische Talgdrüsennaevi selten, was möglicherweise auf relativ seltene mikroskopische Untersuchungen der lineären Naevi beruht.

Was die Lokalisation in unserem Falle anbetrifft, so erweckt sie bestimmt Interesse. Lokalisationen der Talgdrüsennaevi außerhalb des Kopfes und Gesichts kommen außerordentlich selten vor (RICKER und SCHWALB). Das Hauptinteresse erweckt doch die Lokalisation gerade an den Stellen, wo vor einigen Jahren pockengeimpft wurde.

Das Entstehen von Talgdrüsenhyperplasien nach Trauma sowie nach Infektionskrankheiten sind in der Literatur angedeutet (AUDRY, BLASCHKO u. a.). Die Anamnese, die Anordnung der Effloreszenzen gerade an den früheren Impfstellen scheinen uns über sensibilisierende Rolle von Traumen zu überzeugen.

Digitized by Google

Was die Entstehungszeit der Talgdrüsenneubildungen anbetrifft, so sind nach Ricker und Schwalb 3 Formen zu unterscheiden. Indem die disseminierte in früher Jugend auftritt, die gruppenförmige meistens angeboren ist, soweit sie nicht in frühster Jugend entsteht. Über solitäre läßt sich in dieser Hinsicht nichts Bestimmtes sagen.

Bei uns trat die Affektion während der Pubertätszeit auf, d. h. dann, als der Follikelapparat einem energischen Wachstumsreiz ausgeliefert wurde.

Das späte Auftreten der Affektion spricht bekanntlich nicht gegen seine kongenitale Grundlage (Naevi tardifs Fournier).

Irgend welche Gründe zur sekundären Hyperplasie der Talgdrüsen, wie es z. B. bei Rhinophyma stattfindet (Regenerationsprozesse), fehlen in unserem Fall. Das histologische Bild ist typisch und läßt sich mit keinem anderen verwechseln. Die akanthotischen Veränderungen der peripherstenTeile des Präparats, sowie die sonstigen Veränderungen in der Epidermis und der Kutis, sind wohl als sekundär aufzufassen. Was die Pathogenese des Naevus sebaceus anbetrifft, so ist diese, wie überhaupt der Naevi, dunkel.

Nach Cohnheim handelt es sich um überschüssige Produktionskraft, und nicht um reelle überzählige Keime.

Nach Gans handelt es sich um Neubildung von schon präexistierendem Talgdrüsengewebe. Ob die Neubildung von Talgdrüsen- oder von Haarfollikelgewebe ihren Ausgang genommen hat, ist schwer zu bestimmen, was auf die Identität der Matrix beider beruht (Reitmann). Durch welche Einflüsse eigentümliche Wachstumsvorgänge des Talgdrüsengewebes, evtl. Haarfollikelgewebes in abnorme Bahnen gelenkt werden, ist unbekannt (Ricker und Schwalb).

Es sollen Keimzellen angenommen werden, die im embryonalen Leben bei normalen Verhältnissen nicht zur Entwicklung gelangen, undifferenziert bleiben, aber ihre embryonale Wachstumspotenz beherbergen. Bei bestimmten anormalen Verhältnissen kann die Wachstumshemmung an irgend einer Stelle später als sonst, wenn die weitere Differenzierung der Keimzellen im Gange sei, geschehen.

Je nach dem Embryonalalter und Differenzierungsgrad der Zellen zur Zeit der Wachstumshemmung entstehen in der Zukunft mehr oder weniger differenzierte Neubildungen, sogar Naevi organomatosi (Kyrle). In unserem Falle soll die Wachstumshemmung in der Fötalzeit schon bei weit entwickelten Keimzellen vor sich gegangen sein. Die zweite Etappe war zur Pubertätszeit vollzogen. Die Neubildungskraft soll durch komplizierte Reizkomplexe, die dem Reifungsalter eigen sind, und Trauma bei letzter Pockenimpfung ausgelöst sein. Die Pubertätszeit, sowie das vorgerückte Alter scheinen für Talgdrüsenhyperplasien besonders günstig zu sein (Naevi sebacei seniles).

Bösartige Entartungen der Talgdrüsentumoren kommen selten vor (Friboes), was auf das hohe Embryonalalter der Keimzellen während der Wachstumshemmung in der Fötalperiode zurückzuführen ist.

Digitized by Google

Erythema nodosum migrans

Von

Dr. Emanuel Wohlstein in Bad Pistyan (Tschechoslowakei)

In die große, vielgestaltige Gruppe der toxischen Erytheme gehört auch das Erythema nodosum (contusiforme). Über einen hierher gehörigen Fall, welcher einen ganz eigenartigen Verlauf zeigte, soll berichtet werden.

E. S., 46 Jahre alt, zeigt sich am 23. XII. 1927 mit einer schmerzhaften Affektion des rechten Fußrückens. Große, objektiv kaum begründbare Schmerzhaftigkeit steht im Vordergrunde. Es wird eine tiefe Thrombophlebitis oder beginnende Tendovaginitis vermutet und Bettruhe und Umschläge mit essigsaurer Tonerde angeordnet. Am 6. I. 1928 kann man einen ziemlich scharf umschriebenen, walnußgroßen, ein wenig über das Hautniveau prominierenden, ziegelroten (mit einer bläulichen Komponente), auch bei Bettruhe sehr schmerzhaften Knoten, anscheinend aus der Subkutis ausgehend, feststellen. Im weiteren Verlaufe kann man beobachten, daß die Affektion nach oben zu parallel der Tibiakante fortschreitet und die Knotenbildung sich verschiebt. Der Primärknoten heilt inzwischen ab, die Schmerzhaftigkeit verliert sich, lamellöse Schuppung und Pigmentierung bleibt zurück. Der Prozeß zieht sich bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels und breitet sich dann in dessen Zirkumferenz aus, so daß im Endresultat das untere Drittel des rechten Unterschenkels manschettenartig befallen ist. Neben pigmentierten und schuppenden Stellen findet man gleichzeitig gerötete, ödematöse Partien und eine knotige, schmerzhafte Vorwölbung. Nach $4^1/_2$ Monaten kam die Affektion langsam zum Stillstand und heilte mit einer gleichmäßigen, dunklen Pigmentierung ab. Die Haut ist noch immer fixiert, derb und schlecht verschiebbar.

Fieber, Störung des Allgemeinbefindens war während des ganzen Verlaufes nicht merkbar. Medikamente wurden außer zeitweise Digalen und Diuretin nicht genommen, knapp vor der Erkrankung auch diese nicht. Für eine Pilzaffektion oder parasitäre Erkrankung waren keine Anhaltspunkte. SWR negativ, Pirquet schwach positiv. Für Tuberkulose weder anamnestische noch klinische Beweise. Varizen mäßigen Grades sind vorhanden, befinden sich aber hauptsächlich an den von der Affektion verschonten Partien des Unterschenkels. Neigung zu Eiterungen war im Verlaufe der Erkrankung nicht vorhanden. Der Kranke leidet seit Jahren an einer Insufficientia bicuspidalis, welche nach einer Polyarthritis rheumatica zurückgeblieben ist.

Therapeutische Beeinflussung durch äußere Mittel scheint nicht gelungen zu sein, Salizyl und Reizkörpertherapie versagten, nur die innerliche Arsendarreichung hat den neu aufschießenden Knoten eine geringere Schmerzhaftigkeit verliehen und den renitenten Prozeß zum Stillstand gebracht. Die letzten Schübe waren schon klinisch und subjektiv stark abgeschwächt.

Es handelt sich zusammenfassend um einen atypischen Fall von Erythema nodosum, welcher sich durch seinen ganz atypischen Verlauf auszeichnet. Die primäre Erscheinungsform, die große Schmerzhaftigkeit sprechen für Erythema nodosum, jedoch das kriechend-wandernde Fortschreiten des Prozesses, der schleppende Verlauf, das Abheilen mit Schuppung und intensiver Pigmentierung geben der beschriebenen Dermatose ein selbständiges Gepräge.

Über die ursächliche Deutung dieses Krankheitsbildes kann nur die Vermutung ausgesprochen werden, daß es sich um eine toxische Erkrankung, vielleicht um ein Rheumatoid, handelt, wozu in der Anamnese Anhaltspunkte zu finden sind. Zur Bezeichnung für die Dermatose wäre vielleicht „Erythema nodosum migrans" geeignet.

Digitized by Google

Urotropin-Dermatitis

Von

Dr. J. Broers in Haag

Vor kurzem sah ich 2 Fälle von Dermatitis nach Gebrauch von Urotropin; in dem einen war sie plötzlich, gleich nach Einnahme der Arznei, in dem anderen allmählich nach jahrelangem Gebrauch entstanden.

Der erste Fall betraf eine 59jähr. Frau, mit Herpes zoster frontalis dexter und ziemlich hohem Fieber. Ihr Arzt hatte ihr Urotropin verschrieben und schon am zweiten Tag zeigte sich ein groß-papulöses, stark juckendes Exanthem an Füßen, Unterschenkeln, Vorderarmen und Händen, sowie auf dem Bauch und der linken Backe. Nach Aussetzen des Urotropins blaßte der Ausschlag ab und war nach paar Tagen verschwunden. Die Gürtelrose nahm den gewöhnlichen Verlauf, es blieb jedoch noch lange eine Anaesthesia dolorosa zurück.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um einen 71jähr. Mann, der schon 25 Jahre wegen Blasenkatarrh Urotropin nahm, die letzte Zeit 3mal pro die 0,5 g. Im August v. J. kam er wegen einer roten, juckenden Stelle mit eingetrockneten serösen Bläschen an der rechten Fußbeuge, die schon einige Monate bestand. Diese besserte sich zwar durch Behandlung mit Zinkpaste, doch traten in der Umgebung und weiter auf dem Unterschenkel neue rote Stellen mit Bläschen auf; auch diese besserten sich durch Bedeckung mit Zinkpaste, aber beständig kamen neue kranke Stellen, zuletzt auf dem linken Unterschenkel, dabei war die Knöchelgegend stark ödematös geschwollen. Trotz Vermeiden aller schädlichen Momente verbreitete sich der Ausschlag immer mehr, es kamen noch Blutaustritte dazu, sowie auf dem Steiß und den Armen ein juckendes vesikulöses Exanthem. Beständig nach einer Ursache von interner Art forschend vernahm ich, daß Patient seit 25 Jahren Urotropin nehme, um den Harn klar zu halten. Nun wurde das Medikament ausgesetzt und von diesem Augenblick an traten keine neuen Eruptionen mehr auf, der Ausschlag ging zurück, nur der ursprüngliche Herd bot noch lange Widerstand und der rechte Fuß blieb noch ödematös. In beiden Fällen war die Funktion der Nieren ungestört.

Aus dem Odessaer venerischen Dispensär der Südwestbahnen und Wassertransporte (Leiter: Dr. Borschtschewski)

Zur Behandlung der gonorrhoischen Urethritis mit Formalindämpfen

Von

Dr. Drobinski

Obwohl wir schon genügende Mittel zur lokalen Behandlung der Gonorrhoe haben, obwohl fast täglich eine Menge neuer Präparate auf den Markt gebracht werden, um in kurzer Zeit wieder vergessen zu werden und sogar neue biologische, biochemische und physikalische Heilmethoden angewandt werden, haben wir jetzt doch kein Mittel, welches imstande wäre, rasch die Gonokokken zu töten und dadurch den schon entwickelten Prozeß aufzuhalten.

Wenn Monis in seinem Artikel „Über Versuche mit Formalindämpfen bei der Behandlung der akuten und chronischen Urethritis“ (Nr. 3 dieser Wochenschrift) geneigt ist, die Dämpfe des Formalins als gonokokkentötendes Mittel in der krankhaften Urethra anzuwenden, so müssen wir auf Grund von 15 Fällen, welche nach seiner Methode kuriert worden sind, uns dagegen aussprechen.

Digitized by Google

Monis glaubt zwar, daß die Formalindämpfe in alle Krypten der Harnröhre dringen, doch darf man nicht vergessen, daß die Urethra mit ihrem Drüsenapparat außerordentlich reich an solchen Schlupfwinkeln ist, welche schwerlich der Wirkung der Dämpfe völlig zugänglich sind, sogar bei maximaler Spannung der Urethra. Außerdem unterliegt es keinem Zweifel, daß die Gonokokken imstande sind, auch in die Tiefe zu dringen, und daß unter dem Epithel und im Bindegewebe sich ganze Anhäufungen davon bilden können, so daß man absolut nicht mehr mit Medikamenten auf sie einwirken kann.

Wenn aber das Laboratorium uns kostbare Anzeigen über die Wirkung dieses Mittels auf den Wuchs der bakteriellen Kultur im Reagenzglas gibt, so kann die Klinik erst dann eine bestimmte Position in bezug auf dieses Mittel annehmen, wenn sie es an einem großen Material geprüft hat.

Als Beweis der gonokokkentötenden Eigenschaft des Formalins führt Monis nur 4 Krankengeschichten, von denen 1 die akute Gonorrhoe und 3 chronische Urethritis betreffen, an.

Die Behandlung der akuten Gonorrhoe, nach Monis, dauerte nicht länger als 1 Woche, der chronischen Urethritis 4—5 Tage.

Die von mir nach Monis' Vorschlage angewandte Methode bestand darin, daß man in eine breithalsige Flasche 100 Pastillen Formalin schüttete. Die letztere wurde mit einem Gummistöpsel, welcher an 3 Stellen durchbohrt war, geschlossen. In die erste Öffnung wurde ein Thermometer eingestellt, welches die Temperatur der herauskommenden Dämpfe bezeichnete, in die zweite ein gläsernes Röhrchen, auf welches ein Gummirohr gezogen wurde, das mit einem Janetschen Ansatz für die Urethra endete, in die dritte Öffnung wird auch ein Röhrchen eingestellt, welches mit einer Pumpe verbunden ist. Die Flasche wird in ein Wasserbad gestellt, wobei zu bemerken ist, daß die Temperatur der Dämpfe 50° C nicht überschreiten darf.

Der Prozeß der Behandlung nach Monis ist folgender:

Der Janetsche Ansatz wird fest an die Öffnung der Urethra angesetzt, und durch die Pumpe wird so viel Dampf gepumpt, bis der Kranke einen leichten Schmerz in der Urethra fühlt. Wenn wir auf die hintere Urethra mit den Formalindämpfen einwirken wollen, so pumpen wir ein größeres Quantum ein. Die Dauer der Wirkung ist 10 Minuten.

Jetzt führe ich Auszüge aus einigen Krankengeschichten meiner Praxis an.

1. Arbeiter G., erkrankte vor 10 Tagen an Urethritis, Gonokokken +. Die Behandlung mit Formalin 4 Tage nacheinander. Am 5. Tage Ausfluß vorhanden, der Gonokokken enthält. Die rechten Leistendrüsen vergrößert und druckempfindlich. Am 10. Tage wurde die Behandlung mit Janetschen Spülungen angewandt.

2. Arbeiter D. 1923 Gonorrhoe. Letzte Infektion vor 4 Tagen. Gonokokken +. Behandlung ausschließlich mit Dämpfen 8mal im Verlaufe von 9 Tagen. Gonokokken —. Da der Ausfluß fortdauerte, wurde die gewöhnliche Behandlung vorgenommen. Nach 1 Woche Gonokokken wieder +.

3. Sanitär B. 1926 Gonorrhoe. Letzte Infektion vor 2 Monaten. Während dieser Zeit Behandlung nach Janet resultatlos. Hartnäckige Urethritis. Es wurde Dampfformalintherapie eingeleitet. 9 Sitzungen. Der Ausfluß verminderte sich nicht. Klagen des Pat. über Hodenschmerzen. Objektiv: rechtsseitige Epididymitis, Prostatitis. Die lokale Behandlung wird eingestellt.

4. Matrose S. Infektion seit 2 Tagen. Gonokokken +. 7 Sitzungen in 8 Tagen. Im Urethralsekret Blutbeimengung. Gonokokken +. 4tägige Pause. Es werden Janetsche Spülungen vorgenommen. In 2 Wochen Gonokokken —.

5. Schüler Sch. Infektion seit 1 Tage. 9 Sitzungen in 10 Tagen. Es erschien Ödem des Präputiums. Gonokokken +. Die Behandlung wurde einige Tage unterbrochen. Darauf Janetsche Spülungen.

6. Student S. Infektion vor 4 Tagen. Gonokokken +. 5 Sitzungen. Die erste Urinportion, welche anfangs klar war, wurde trüb. Gonokokken +. Die Behandlung mit Formalin eingestellt.

7. Soldat S. 1915 Gonorrhoe. Die letzte Infektion vor $2^1/_2$ Wochen. Gonokokken +. Während 1 Woche Behandlung mit Formalindämpfen. Am 8. Tage Ödem des Präputiums. Gonokokken +. Folgende Behandlung nach Janet.

8. Kontorist D. Infektion 1 Tag. Gonokokken +. Nach 3maliger Behandlung mit Formalin Ödem des Präputiums, Verstärkung des Ausflusses, infolgedessen lokale Behandlung eingestellt.

Digitized by Google

9. Arbeiter F. Infektion vor 2 Tagen. Gonokokken +. Im Verlauf von 10 Tagen 9 Sitzungen, nach welchen sich die Leistendrüsen vergrößerten und schmerzhaft wurden. Es stellte sich außerdem Ödem des Penis ein. Der Ausfluß dauerte fort. Gonokokken +.

Bei den anderen 6 an akuter Urethritis Kranken, die mit Formalindämpfen 3—4 mal behandelt wurden und gleichzeitig Spülungen bekamen, mußten wir uns von Formalin absagen, infolge der Schmerzhaftigkeit der Urethra und ausschließlich zu den Janetschen Spülungen übergehen.

Auf diese Weise erzielten wir durch die Anwendung der Formalindämpfe nicht nur eine Besserung des Prozesses, sondern in vielen Fällen eine Verschlimmerung desselben in Verbindung mit einigen Komplikationen.

Im ersten Falle wurde eine Vergrößerung der Leistendrüsen beobachtet, im anderen — Vergrößerung derselben und Ödem des Penis, im dritten — Epididymitis, im vierten Blutbeimengung im Sekret, in 3 Fällen wurde Ödem des Präputiums beobachtet, im achten Verstärkung des Sekrets.

Im Falle 2 und in den 6 anderen, welche scheinbar ohne Komplikationen verliefen, wurden doch keine Erfolge der Behandlung in der von Monis bezeichneten Frist erreicht.

Somit müssen wir gestehen, daß die Behandlung der gonorrhoischen Urethritis mit Formalindämpfen uns in vielen Fällen eine Verschlimmerung des Verlaufs der Gonorrhoe gegeben hat.

Infolgedessen ist nach unserer Meinung diese Behandlungsmethode aufzugeben.

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Dünaburg (Lettland)

Über die Anwendung von Thallium aceticum in 60 Fällen von Haarpilzerkrankungen

Von

Dr. B. Wovsi,

leitendem Arzt der Abteilung

Im Jahre 1926 erschienen Berichte von A. Buschke und E. Langer über die erfolgreiche Entfernung der Haare bei Kindern vermittelst innerlicher Anwendung von Thallium aceticum. Seither berichteten zahlreiche Ärzte über ihre Erfolge mit diesem Präparat. Angewandt wurde es entweder in Pulverform oder in Tablettenform. Letztere werden von der Firma Kahlbaum unter dem Namen Thallium-Depilatorium angefertigt und enthalten 0,1, 0,01 oder 0,001 Thallium aceticum.

Die Behandlung besteht darin, daß das Kind eine einmalige Gabe von Thallium aceticum zu 0,008 pro Kilogramm Körpergewicht erhält. Nach 16—18 Tagen können die Haare leicht und schmerzlos entfernt werden. In dieser Zeit wird die Kopfhaut mit Pyrogallolsalbe, Schwefelsalbe, Tra iodi usw. desinfiziert. Haarreste werden durch eine Pflastermasse entfernt.

In unserer Gegend ist die Zahl der an Trichophytie und Favus erkrankten Kinder ungeheuer groß, was hauptsächlich durch die Verarmung der Bevölkerung in der Nachkriegszeit und durch das Gesetz über den allgemeinen obligatorischen Schulunterricht für Kinder von 7—15 Jahren zu erklären ist. Die Verbreitung dieser Krankheiten ist eine negative Seite dieses sonst so vorzüglichen Gesetzes.

In unserer Gegend, wo die Behandlung mit Röntgenstrahlen aus technischen und materiellen Gründen schwer durchführbar ist, gibt diese billige und leicht durchführbare Methode die Möglichkeit, diese weit verbreiteten Erkrankungen aufs erfolgreichste zu bekämpfen. Auf Grund der Versuche von Buschke-Langer und anderer Autoren haben wir im Laufe eines Jahres von Mitte 1927 an 60 mit Trichophytie, Mikrosporie und Favus erkrankte Kinder behandelt.

Diese Kinder befanden sich im Alter von 3—13 Jahren, der größere Teil in schulpflichtigem Alter. Beinahe die Hälfte war an Favus erkrankt. 40 Knaben, 20 Mädchen.

Digitized by Google

Nüchtern und unbekleidet gewogen, erhielten die Kinder gemäß den Vorschriften von Buschke-Langer 0,008 Thallii acetici pro Kilogramm ihres Körpergewichtes. Es wurden angewandt Thallium-Depilatorium-Tabletten (Kahlbaum-Schering). Diese Tabletten ermöglichen es leicht, schnell und genau die nötige Dosis abzumessen.

Die Tabletten wurden ex tempore mit 1—2 Teelöffeln Zucker verrieben und darauf in $^1/_2$—$^3/_4$ Glas Wasser gelöst von den Kindern bis auf den letzten Rest eingenommen.

Vom ersten Tage an wurde die Desinfektion der Haut durchgeführt (Schwefel-Salizylsalbe abwechselnd mit Tr^o iodi und nach der Epilation Pyrogallus- und Borvaselin). Schon 8—9 Tage nach Einnahme des Thallii acetici konnte man verhältnismäßig leicht und schmerzlos die Haare in kleinen Büscheln ausreißen. Am 16.—18. Tage wurden die Haare mit der Hand oder Pinzette entfernt.

Einige Kinder, die ambulatorisch behandelt wurden, erschienen erst nach dem 18. Tage mit spärlichen Haarresten. Ihnen waren die Haare ausgefallen, ebenso wie dieses nach Behandlung mit Röntgenstrahlen einzutreten pflegt.

Die Überbleibsel der Haare wurden mit Leukoplast entfernt.

Die sogenannten Sinneshaare (an der Stirngrenze) ließen sich, wie es auch von der Mehrzahl der Autoren schon beobachtet wurde, nicht epilieren. Bei einigen Kindern fielen auch die äußeren Enden der Augenbrauen aus.

3—4 Wochen nach der Epilation beginnt gewöhnlich der Wiederwuchs der Haare, zuerst einzelner und dann in dichten Massen.

In einigen Fällen, wo gemäß dem Vorschlage einiger Autoren bei Kindern mit einem Körpergewicht über 25 kg 0,007 Thallium pro Kilogramm angewandt wurde, ließen sich die Haare nur unvollkommen epilieren, bei den anderen gut.

In Anbetracht dessen, daß die Behandlung der Mehrzahl der Kinder stationär durchgeführt wurde, hatten wir die Möglichkeit, nicht nur den Gang der Epilation, sondern auch den Allgemeinzustand der Kinder genau zu beobachten.

Während der Behandlungszeit und nach Beendigung derselben fühlten sich die Kinder gut. Nur 3 Kinder (Knaben) klagten über leichte Schmerzen in den Kniegelenken, konnten aber trotzdem laufen und spielen. Bei einem Kinde, das vorher schon Bettnässer war, wurde diese Erscheinung stärker.

Im übrigen konnten wir keine krankhaften Erscheinungen konstatieren, weder Eiweiß im Urin noch Erbrechen oder Übelkeit. Bis jetzt konnten wir nur in einem Falle nach ungenügender Epilation ein Rezidiv (Favus) beobachten.

Auf Grund unserer Beobachtungen können wir uns der Meinung von Buschke und Langer und der anderer Ärzte anschließen, daß:

1. Die Thalliumepilation bei zuverlässiger und richtiger Anwendung imstande ist, unsere Bekämpfung der Haarpilzerkrankungen bei Kindern (Mikrosporie, Trichophytie, Favus) zu erleichtern und diese Krankheiten sogar zu beseitigen.
2. Diese Methode hat den Vorzug vor der Röntgenepilation, daß sie viel leichter und billiger ist und ohne besondere Apparatur von jedem Arzt durchgeführt werden kann.
3. Die Methode kann selbst bei kleinen Kindern, wo man Röntgenepilation noch nicht durchführen kann, Anwendung finden.

Aus der Inneren Abteilung des Krankenhauses der Jüdischen Gemeinde zu Berlin
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. H. Strauss)

Über die Rolle der Lues bei der Entstehung der Nephrosen

Von

Dr. P. Immerwahr

Schon seit langem ist es bekannt, daß in der Pathogenese der sogenannten Lipoidnephrose die Lues eine große Rolle spielt. Fr. v. Müller nennt neben akuten Infektionskrankheiten die Tuberkulose, Syphilis, Schwangerschaft und Schilddrüsenerkrankungen als wichtiges ätiologisches Moment für die tubulären Erkrankungen. Nach H. Strauss ist die Grund-

Digitized by Google

lage der Nierenveränderungen in den betreffenden Fällen meist durch eine Allgemeinintoxikation des Körpers (Lues, Tuberkulose, chronische Eiterung usw.) gegeben. Nach F. Volhard kommen als häufigste Ursachen für die Lipoidnephrosen die Tuberkulose der Drüsen und Knochen (seltener der Lunge), chronische Eiterungen, sowie sekundäre und tertiäre Lues in Betracht. Ähnliche Angaben finden sich bei F. Munk, P. F. Richter, Aufrecht, A. da Silva-Mello und J. Scheiner.

In der Bewertung der Lues als ätiologischen Faktor differieren aber die einzelnen Autoren. So sagt F. Munk, daß es sich bei allen diesen Krankheitserscheinungen um die verschiedenen Grade eines einheitlichen Krankheitsbildes handele, nämlich um die verschiedenen Grade einer Lipoiddegeneration der Nierenepithelien auf der Basis einer konstitutionellen Syphilis. Bei der Tuberkulose entstände dagegen keine reine Lipoidnephrose, sondern sie sei stets, wahrscheinlich primär durch amyloide Prozesse, kompliziert. In der zweiten Auflage seines Buches über die Nierenkrankheiten schwächt er diese Behauptung insofern ab, als er den Syphiliserreger für das Krankheitsvirus erklärt, das eine klassisch reine Lipoidnephrose bewirke. Er gibt aber zu, daß auch aus anderen Ursachen, insbesondere im Verlauf einer chronischen Glomerulonephritis, eine Lipoidnephrose entstehen könne. H. Strauss gibt dagegen an, daß er bei einem relativ großen Beobachtungsmaterial nur bei etwa einem Viertel der Fälle die Lues als pathogenetischen Faktor gefunden habe.

Statistische Angaben über diesen Punkt habe ich bisher bei F. Volhard und bei J. Scheiner (aus der Klinik von Prof. Syllaba) gefunden. Die betreffenden Statistiken besagen:

a) Volhard fand unter 33 Fällen als ätiologisches Moment für chronische Lipoidnephrosen:

Tuberkulose	in	15	Fällen
Lues	„	5	„
chronische Eiterungen .	„	3	„
Pankarditis } Viridansepsis }	„	2	„
Sarkomatose	„	1	Falle
unbekannt	„	7	Fällen

Lues wurde also bei 15% aller Fälle gefunden.

b) Scheiner stellte 34 Fälle mit folgender Ätiologie zusammen:

Chronische und subakute Glomerulitis . .	in	13	Fällen
„ Tuberkulose	„	9	„
Lues	„	5	„
unbekannt	„	6	„
Gravidität	„	1	Falle

Lues wurde bei 15% aller Fälle gefunden.

Aus diesem Grunde habe ich auf Veranlassung von Geheimrat Strauss die in den letzten Jahren auf dessen Krankenabteilung behandelten Fälle von Lipoidnephrose zusammengestellt. Es wurden dabei nur solche Fälle berücksichtigt, die eine hochgradige Albuminurie, Ödeme, normalen Blutdruck und Reststickstoffgehalt und normale Herzgrenzen hatten. Außerdem nur solche Fälle, welche einen hellen, klaren Urin und bei der

Digitized by Google

Nierenfunktionsprüfung nur eine Einschränkung der Verdünnungsfähigkeit, sowie seifenwasserfarbenes Serum darboten. Dabei ergab sich folgendes:

In den letzten Jahren wurden bei uns 11 Fälle in den verschiedensten Krankheitsstadien behandelt. Als pathogenetisches Moment wurde dabei festgestellt:

Lues	in 3	Fällen
eine entzündliche Nierenerkrankung	„ 2	„
unbekannt	„ 6	„

Lues wurde also in etwa 28% der Fälle festgestellt.

Es seien die drei durch Lues bedingten Fälle kurz angeführt:

1. Frieda Sch., 35 Jahre alt. 1919 wurde Lues festgestellt und Pat. mit einer Quecksilber-Schmierkur behandelt. Seit Mai 1920 geschwollene Beine, Schmerzen hinten rechts im Rücken. Am 16. VI. 1920 Aufnahme in das Krankenhaus. Befund: Nykturie, Anämie, Ödeme beider Unterschenkel. Urin: Alb. bis 11‰, Formelemente. WR ++++.

2. Georg L., 47 Jahre alt. 1905 harter Schanker. Behandlung mit Quecksilber und Salvarsan (eine Kur). Im Januar 1922 Anschwellung der Füße und Augenlider, vermehrter Harndrang. Am 4. II. 1922 Krankenhausaufnahme. Befund: Ödeme an beiden Füßen und Unterschenkeln, große Urinmengen. Urin: Alb. bis 28‰, Formelemente. WR —.

3. Paul B., 41 Jahre alt. August 1922 an Ödemen erkrankt. WR +++. 14tägige Schmierkur mit Quecksilber. 4. X. 1923 Krankenhausaufnahme. Befund: Starke Ödeme am Gesicht, an den Beinen, am Rücken und Skrotum. Urin: Alb. bis 22‰, Formelemente. WR ++++.

Wenn wir die drei oben angeführten Statistiken zu einer gemeinsamen Statistik zusammenziehen, so finden wir unter 78 Fällen von Lipoidnephrosen 13 mit luischer Ätiologie. Das wären 17% aller Fälle, also etwa $^1/_6$ aller Lipoidnephrosen.

Was die Behandlung der Lipoidnephrosen luischer Pathogenese betrifft, so empfiehlt Fr. v. Müller sehr vorsichtige Kuren mit kleinen Dosen Jod und Salvarsan. F. Volhard empfiehlt bei chronischen luischen Nephrosen erst die Behandlung der Nephrose (Beseitigung der Ödeme, Kräftigung des Organismus), dann erst Behandlung mit Jodkali und später mit Hg und Salvarsan. F. Munk empfiehlt die sofortige spezifische Behandlung mit Jodkali in steigenden Mengen. Bei Patienten ohne und mit geringen Ödemen sei die spezifische Therapie ohne maßgebende Rücksicht auf das Grundleiden nach den gebräuchlichen Grundsätzen durchzuführen. Bei starken Ödemen solle erst nach ihrem Rückgange eine Hg-Schmierkur begonnen werden. H. Strauss empfiehlt neben einer anfänglichen Jodkur (etwa 3—4 g pro die) die Behandlung mit kleinen und mehrfach wiederholten Dosen von Neosalvarsan und, falls Ödeme nicht hinderten, mit einer vorsichtig durchgeführten Inunktionskur. Eine Injektionsbehandlung mit Hg-Präparaten sei zunächst nicht zu raten. Wenn aber wegen starker Ödeme eine Schmierkur unmöglich erscheine, so solle man auch diesen Weg durch Anwendung zunächst geringer, dann steigender Dosen von Hydrargyrum salicylicum oder von Novasurol versuchen. Hierzu möchte ich bemerken, daß seit etwa zwei Jahren an unserer Abteilung an Stelle des Novasurol mit guten Erfolgen Salyrgan gegeben wird. An Stelle der Hg-Präparate könnte man auch Wismutpräparate benutzen.

Digitized by Google

Wir haben diese Therapie bei den oben angeführten 3 Fällen angewendet. Alle 3 Patienten konnten nach einer Behandlung von 1 bis 4 Monaten als gebessert entlassen werden.

Literatur

Aufrecht, Zur Pathologie und Therapie der diffusen Nephritiden, 1918, S. 98. — Fr. v. Müller in Merings Lehrbuch der inneren Medizin, 1920, Bd. 2, S. 78. — F. Munk, M. Kl., 1916, S. 1047ff.; außerdem „Nierenerkrankungen", 1925, S. 291 u. 292. — P. F. Richter in Kraus-Brugsch „Die spez. Pathologie und Therapie innerer Krankheiten", Bd. VII, S. 474. — F. Schreiner, „K etiologii lipoidní nefrosy", Sborník lekařsky, 1927, H. 1/2. — A. da Silva-Mello, M. Kl., 1927, S. 1336. — H. Strauss, Die Nephritiden, 1926, S. 184 u. 317. — F. Volhard im Handbuch der inneren Medizin von Mohr und Stähelin, 1914, Bd. 3, S. 1472 u. 1492.

Aus dem staatl. venerolog. Institut in Charkoff

Die hämorrhagische Vulvitis von Lipschütz und ihre Ätiologie

Von

Dr. K. A. Karyschewa,
Leiterin der Abteilung für weibliche Gonorrhoe

Unter dem Namen „chronische hämorrhagische Vulvitis" beschrieb Lipschütz[1]) eine eigenartige Form der chronischen Vulvitis. Insgesamt wurden von ihm 4 Fälle dieses Leidens beschrieben; 3 der Kranken befanden sich im Alter von 20 Jahren und eine war 29 Jahre alt. Von den 4 Kranken litt die eine an Syphilis, syphilitischer Anämie und Neurasthenie, die andere an Gonorrhoe und spitzen Kondylomen, noch eine an Anämie und Neurasthenie, ohne irgend welche ätiologische oder klinische Zeichen der Gonorrhoe oder der Lues zu bieten, während die vierte Patientin eine akute Lungentuberkulose hatte, der sie auch erlag.

Bei 3 von den 4 Kranken Lipschütz' ließ sich also eine stark ausgeprägte Anämie bemerken, wobei die eine Patientin erschöpft war und eine Kachexie von tuberkulösem Ursprung aufwies. Bei einer der Kranken sind die Ursachen der Anämie nicht nachgewiesen, es könnte aber wohl, wie es bei Anämien stets der Fall ist, bei sorgfältiger Prüfung irgend eine toxische, konstitutionelle oder exogene Ursache nachgewiesen werden. Bei den beiden übrigen Kranken hatte die Anämie einen infektiösen Charakter und verdankte ihre Entstehung in dem einen Falle der Syphilis und in dem anderen der Tuberkulose. Als prädisponierende Ursachen sieht Lipschütz eine starke Entwicklung eines präformierten lymphatischen Gewebes im hinteren Abschnitt der Vulva an. Das histologische Bild zeigt ein „chronisch entzündetes Gewebe mit hämorrhagischen Infarkten".

---

[1]) B. Lipschütz, Über nichtvenerische Erkrankungen der äußeren Genitalien des Weibes. Arch. f. Derm., Bd. 131, S. 104.

Digitized by Google

Das klinische Bild der chronischen hämorrhagischen Vulvitis äußert sich im Auftreten grellroter Flecke im Gebiete der Vulva; die Flecke sind von verschiedenartiger Größe und Form und haben festonierte Ränder, wobei die Spitzen der Zacken nach auswärts gerichtet sind. Die Flecke sind an der Innenfläche der kleinen Schamlippen, am Hymen, am äußeren Orifizium der Urethra und auch in den Falten zwischen den Labia minor, dem Hymen und der Urethra verstreut. Weder mit den Ausführungsgängen der Vestibular- noch der Bartholinischen Drüsen, noch mit den Skeneschen Höhlen oder den Paraurethralgängen stehen diese Flecke in Verbindung. Beim Drücken auf die Flecke blassen dieselben nicht ab und verschwinden auch nicht. Im Laufe der hämorrhagischen Vulvitis treten weder Schmerzen noch Juckreiz auf. Dies sind die kurzen Angaben, welche Lipschütz über die hämorrhagische Vulvitis macht. Beim Durchsehen der deutschen, englischen und russischen Fachliteratur für die Jahre 1923—1927 habe ich keinen weiteren Fall von Vulvitis haemorrhagica finden können. Nur bei Callomon sind die Fälle von Lipschütz erwähnt[1]).

Nun komme ich zu der Schildernng unseres Falles:

Pat. O. Z., 26 Jahre alt, verheiratet, Arbeiterin. 1920 Gonorrhoe mit beiderseitiger Oophoritis, 1921 Syphilis, wegen der Pat. falsch behandelt wurde. Am 18. II. 1925 kam die Kranke in die weibliche urologische Abteilung des Staatl. vener. Institutes Charkow. Diagnose: chronische gonorrhoische Endozervizitis, typische Gonokokken wurden nicht nachgewiesen, aber es ließen sich mutierte Gonokokken (gramnegative paarige Kokken) nachweisen; Pat. ist im 5. Monat schwanger. Am 8. Juli normale Geburt, das Kind ist gesund, vom 24. Juli bis 24. August lokale Behandlung wegen Gonorrhoe; am 21. September wurde Pat. ohne Symptome einer Gonorrhoe entlassen. Zwei Jahre lang ließ die Kranke sich nicht sehen, da sie sich wohl fühlte uud für gesund hielt. Am 27. September 1927 erschien Pat. wieder mit Klagen über schneidende Schmerzen beim Harnlassen.

St. praes.: Normalgebaute, äußerst erschöpfte, deutlich anämische Frau. Innere Organe o. B. Bei der Besichtigung der äußeren Genitalien wurde folgendes konstatiert: An der Innenfläche der kleinen Schamlippen und hinter dem äußeren Orifizium der Urethra sind einige hämorrhagische, grellrote Flecke, deren Größe zwischen derjenigen eines Hirsekorns und einer silbernen 5-Kopekenmünze schwankt; die Ränder der Flecke sind unregelmäßig festoniert[2]). Drückt man auf die Flecke, so blassen sie kaum merkbar ab, verschwinden jedoch nicht. Die Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen sind erweitert, sie klaffen; es besteht eine eitrige Paraurethritis und Endozervizitis. Bei der Urethroskopie wurde eine Hyperämie im Gebiete des vorderen Drittels, sowie 2—3 kleine Ulzera im Bereich der Littréschen Drüsen nachgewiesen.

Bakterioskopische Analysen zeigten: 1. im Zervikalkanal gramnegative paarige Kokken, grampositive Diplokokken; 2. in der Urethra grampositive Diplokokken und gramnegative paarige Kokken, die Neissers Gonokokken ähnlich sahen. Nach der Aussaat erschienen gramnegative paarige Kokken.

Lokale Behandlung der Gonorrhoe. Im Oktober waren die Flecke abgeblaßt und gelb geworden, im Dezember waren sie vollständig verschwunden. Eine histopathologische Untersuchung konnten wir nicht machen, da die Kranke sehr nervös war und ein Ausschneiden des Fleckes verweigerte. Pat. wird auch gegenwärtig in der syphilitischen Abteilung unseres Institutes behandelt.

Wir haben also eine junge, 25jährige Frau vor uns, die seit den letzten 6 Jahren an Gonorrhoe und schon 5 Jahre an Syphilis leidet, wobei sie im Jahre 1925 keine Anämie aufwies, während im Jahre 1927 unter Einfluß der syphilitischen und der gonorrhoischen Infektionen sich

---

[1]) Calomon, Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen, 1924. — [2]) Das Bild ähnelt sehr der Abb. 1 bei Lipschütz.

Digitized by Google

bereits eine hochgradige Anämie entwickelt hatte. Außerdem besteht eine gonorrhoische Erkrankung des vestibulären Drüsenapparates. Augenscheinlich waren in diesem Falle, neben der allgemeinen Anämie, die sich unter Einwirkung von Syphilis und Gonorrhoe herausgebildet hatte, auch noch Veränderungen der Schleimhaut und des subserösen Gewebes der äußeren Genitalen eingetreten. Die Einwirkung der Gonokokken hat sich, wahrscheinlich nicht bloß auf die epitheliale Schicht der Schleimhaut, sondern auch auf die subepitheliale, vielleicht auch auf die Muskelschicht verbreitet. Die Zartheit und die leichte Verwundbarkeit der serösen Häute im akuten und subakuten Stadium der Gonorrhoe, denen zufolge das geringste Trauma eine Blutung aus den Geweben hervorruft, bilden ein bekanntes Symptom. Die „hämorrhagischen Infarkte", von denen LIPSCHÜTZ spricht, und die Flecke an der Vulva verursachen, könnten vielleicht unter Einfluß des Gonotoxins entstanden sein, welches auch auf die Wandungen der Schleimhautkapillare einwirkt.

Was die Differentialdiagnostik betrifft, so könnte die hämorrhagische Vulvitis vielleicht für SÄNGERS Maculae gonorrh. gehalten werden. Bei den SÄNGERschen Flecken sehen wir jedoch keine so grelle rote Färbung und keine festonierten Ränder; die SÄNGERschen Maculae sind auch hartnäckiger, bleiben mehrere Monate bzw. einige Jahre lang bestehen, während die hämorrhagische Vulvitis 1—2—3 Monate dauern kann. Die SÄNGERschen Flecke liegen, endlich, stets in der Umgebung der Ausführungsgänge der BARTHOLINIschen, manchmal auch in derjenigen der kleinen Vestibulardrüsen, während die hämorrhagischen Flecke über die Vulva verstreut sind, ohne einen Zusammenhang mit ihrem Drüsenapparat aufzuweisen.

Die Bedeutung der konstitutionellen Anomalie des Harn- bzw. Sexualorgans für die schwer verlaufende Gonorrhoe des Mannes

Von

Dr. PAUL WENGER in Wien

Wenn wir den heutigen Stand der Gonorrhoefrage insbesondere in puncto Prognose und Therapie betrachten, müssen wir wohl eingestehen, daß sich in den letzten Jahren kein nennenswerter Fortschritt auf diesem Gebiete feststellen ließ. Seitdem NEISSER im Jahre 1879 den Gonokokkus als Erreger des Trippers sichergestellt hatte, konzentrierten sich alle Bemühungen der Forschung darauf, durch spezifisch wirkende Methoden den Kampf mit dieser so allgemein verbreiteten Krankheit aufzunehmen. Durch den Ausbau der bakteriologisch-serologischen Verfahren, durch die bessere Kenntnis der immunbiologischen Zusammenhänge zwischen Infektionsträger und Infektionskeim wurden neue Quellen zur Beurteilung des Verlaufes und der Behandlung der Gonorrhoe erschlossen, und so steht uns heute eine von Tag zu Tag wachsende Zahl von spezifischen und unspezifischen Mitteln zur Verfügung, ohne daß wir in vielen Fällen, so z. B. bei hartnäckigem Verlauf der Infektion, schneller zum Ziel kämen als etwa vor einem Jahrzehnt; und doch gibt es heutzutage für Diagnose und Therapie moderne physikalische Behelfe, wie etwa die Endoskopie, die bisher nicht verwertet zu sein scheinen, worüber wir noch später sprechen wollen.

Digitized by Google

Nun macht sich auf dem Gebiete der infektiösen Erkrankungen wie überhaupt in der modernen Medizin in neuester Zeit insofern eine geänderte Auffassung geltend, als die Bedeutung des krankmachenden Agens gegenüber der des erkrankten Organismus stark zurücktritt. (Als Bestätigung dafür möchte ich auch das allseits wachsende Interesse für den psychogenen Anteil des Krankheitsbildes hervorheben.)

So berichtete vor kurzem Bussmann (1) über mehrere Fälle von akuter Gonorrhoe „unter Berücksichtigung psychischer Idiosynkrasien", bei denen durch Bettruhe, entsprechende Diät, warme Sitzbäder und vorsichtige Spülbehandlung mit warmem Wasser in kurzer Zeit Heilung erzielt werden konnte. In ähnlicher Weise fordern Scherliess (2), Vecki (3), Man (4) und Rogers (5) konservative, möglichst einfache Heilverfahren und lehnen daher die übliche Silbertherapie der akuten Gonorrhoe mehr oder minder ab. Alle diese Arbeiten weisen den Weg vom Erreger weg zur Beobachtung des erkrankten Organs und somit zur konstitutionellen Veranlagung des Patienten.

Für die notwendige Zusammenhangsbetrachtung des erkrankten Harnapparates erscheinen die Fälle von gonorrhoischer Infektion der Niere interessant, wie sie von Dózsa (6), Barney-Dellinger (7), Cecil-Howard (8) und Zinner (9) beobachtet wurden. Bei allen diesen Fällen wird die Seltenheit des Vorkommens erwähnt, auffallend erscheint außerdem eine gewisse Minderwertigkeit in der Anlage des betreffenden Organs, was uns das Auftreten der Affektion verständlicher macht.

Von anderen Arbeiten, die den erkrankten Organismus in den Vordergrund rücken, seien diejenigen von Aronstam (10), Silverberg-Melville (11), Baloc (12) und besonders Jessner (13) angeführt. Jessner fordert weitgehendste Anpassung der Therapie an die biologischen Zustandsverhältnisse, d. h. an das jeweilige Funktionieren der Abwehrkräfte (Allergie) des Organismus. Dementsprechend sei, abgesehen von Abortivfällen, die Behandlung durch Abschwächung oder Steigerung der natürlichen Allergie zu führen, welch letztere sich aus der Intensität der örtlichen Erscheinungen ermessen läßt. (Nebenbei sei erwähnt, daß Jessner von den gebräuchlichen Silbermitteln bloß das Argentum nitricum für wertvoll hält.)

Betrachten die letztgenannten Autoren die Gonorrhoe mehr vom Standpunkt der Allgemeinerkrankung und im speziellen in immunbiologischer Hinsicht, so haben sich eine Reihe von Forschern mit dem Einfluß der Konstitution und der konstitutionellen Anomalien auf Verlauf und Behandlung der Gonorrhoe befaßt. In den meisten dieser Arbeiten, von denen ich die von Sowade (14), Day (15), Leibfreid (16), Saigrajev-Linde (17, 18) und vor allem die von Schischow-Saksin (19) anführe, ist in der Beachtung des konstitutionellen Faktors der Einfluß Kretschmers zu sehen.

Für das uns hier besonders interessierende Problem der chronischen Gonorrhoe sind die Arbeiten von Janet (20), Wolbarst (21), Aronstam (22), Luys (23), Salleras (24), Leshneff (25) und von Veriotis-Defrise (26) richtunggebend, in der letztgenannten ist die wenig klare Beziehung zwischen chronischer Gonorrhoe und Sexualneurasthenie in neuartiger Weise beleuchtet; dabei kommt uns im Sinne aller dieser Autoren die überaus große Bedeutung des endoskopischen Verfahrens, wie es Glingar (27) beschrieben hat, zum Bewußtsein.

Das bisher Gesagte möchte ich mit dem Hinweis auf zwei Fälle, die Rosmarin (28) und Constantinescu (29) veröffentlicht haben, abschließen und speziell den zweiten dem von mir weiter unten zu berichtenden Fall an die Seite stellen. Auch sollen diese Fälle den Anlaß geben, einige neue Gesichtspunkte zum Gonorrhoeproblem beizubringen, und so weitere Untersuchungen im gleichen Sinne anregen.

Bei dem von mir beobachteten Falle handelte es sich um folgendes: A. H. ist ein mittelkräftig gebauter Mann, 25 Jahre alt, derzeit geschieden, von Beruf Drogist und als solcher in einem kleinen Geschäftshaus als Aufsichtsbeamter tätig, hat viel zu gehen und zu stehen. Er kommt am 8. September 1927 zu mir mit den typischen Zeichen einer akuten Gonorrhoe.

Vorgeschichte: Seit 2 Tagen Brennen beim Urinieren und Ausfluß, letzter Koitus vor einigen Tagen mit einer dem Patienten bis dahin unbekannten Frau, keine früheren geschlechtlichen Erkrankungen. Pat. ist bis auf leichte Verkühlungen immer gesund gewesen, mit 17 Jahren Operation einer Phimose.

Mikroskopischer Befund: Gonokokken reichlich vorhanden.

Diagnose: Urethritis gonorrhoica acuta anterior.

Therapie: Bettruhe, entsprechende Diät, innerlich Blasentee und Urotropin.

Verlauf: Nach 4tägiger häuslicher Ruhe Beginn der ambulatorischen Behandlung. Jeden 2. Tag vorsichtige Hypermanganspülung der Anterior, später Protargol $^1/_4$—$1\,^0/_{00}$

Digitized by Google

Albargin 1:1000 usw. in der üblichen Weise; dabei bleibt die ganze Zeit hindurch die zweite Harnportion vollkommen klar, mikroskopisch sind vereinzelte Gonokokken zu finden.

In der 6. Woche der Behandlung leichte Trübung der zweiten Harnportion; der Patient gibt an, daß er durch das stärkere Weihnachtsgeschäft mehr herumzugehen habe und auch Überstunden mache, wobei er öfters schwere Lasten heben müsse.

In der 8. Krankheitswoche klagt Patient über Schmerzen beim Stuhlgang und stärkeren Harndrang. Diagnose: Prostataentzündung leichten Grades. Nach weiteren 3 Wochen sind durch Kombination der Lokalbehandlung mit Gono-Yatren die örtlichen Erscheinungen vollständig zurückgegangen, die zweite Harnportion ist wieder geklärt, mikroskopisch sind keine Gonokokken mehr zu finden. Weitere Therapie: Vorsichtige Protargolinstillationen mit Guyonkatheter, leichte Prostatamassage.

Drei Wochen später, in der 14. Krankheitswoche, neuerliche stürmische Reaktion: reichlicher Ausfluß, zahlreiche Gonokokken. Patient verhält sich zu dieser Zeit absolut richtig, so daß kein Grund für diesen plötzlichen, starken Rückfall vorhanden zu sein scheint. Durch ausgiebige Janetsche Spülungen mit Hypermangan gehen die Erscheinungen bald zurück, es bleibt bloß der übliche postgonorrhoische Katarrh zurück, welcher jedoch trotz wiederholter Massage auf Sonden unbeeinflußbar ist.

Nach meinem Vorschlag wird Patient am 21. I. 1928 ($4^1/_2$ Monate seit Beginn der Infektion) von Dr. Glingar in meinem Beisein endoskopiert, der überraschende urethroskopische Befund lautet: „Besonders reichliche und sehr tiefe Lakunen, um die Lakunen herum ein entzündliches Erythem, welches gegen den Meatus externus zu konfluiert; vorn eine besonders stark ausgebildete Guérinsche Klappe." Nach ihrer elektrokaustischen Spaltung entleert sich reichlich gonokokkenhaltiger Eiter, es wird daher an die Urethroskopie eine ausgiebige Spülung der Harnröhre angeschlossen. Nach 8 Tagen ist Patient nicht mehr behandlungsbedürftig, die üblichen Provokationen werden gut absolviert, bei der nochmaligen Kontrolle nach 2 Monaten ist der Patient als geheilt zu betrachten.

An diese kurze Schilderung des Falles könnte wohl die Frage geknüpft werden: Soll man in Fällen von schwer verlaufender Gonorrhoe nicht noch andere Faktoren als die meist angegebenen zur Erklärung eines derartigen Verlaufes heranziehen? Die Annahme, im jeweiligen Falle eine besondere Form des Erregers oder aber eine besondere Reaktionsweise des Infektionsträgers vor sich zu haben, reicht wohl nicht aus, um einen derartig hartnäckigen Verlauf zu rechtfertigen. Wir werden daher das konstitutionelle Moment stärker berücksichtigen müssen, denn Fälle von Organverfassung, die wie der oben beschriebene nachweisbare Zeichen von angeborener Organanomalie (Mißbildung) zeigen, sind durch außerhalb der Konstitution gelegene Faktoren nicht erklärbar. Wohl aber scheint mir ein bewußtes Erfassen vom Standpunkt der Organanlage vieles zum Verständnis der chronisch verlaufenden Gonorrhoe beitragen zu können; und so scheint mir weiter die Berechtigung vorzuliegen, das ganze Problem im Sinne einer Anschauung, der wir zahlreiche unausgenutzte Anregungen zu verdanken haben — nämlich der Adlerschen Minderwertigkeitslehre (30) —, zu betrachten. Es ist hier nicht der Raum, die Adlerschen Grundsätze zu besprechen; sie sind einem Großteil der Wissenschaftler genügend bekannt; worauf es ankommt, ist, kurz gesagt, die praktische Verwertbarkeit der Minderwertigkeitslehre für Fälle schwer verlaufender Gonorrhoe klarstellen zu wollen.

Gehen wir einmal in unserem Falle den Momenten nach, die für das Bestehen einer Minderwertigkeit des Harnapparates sprechen:

1. Das Zeichen der Heredität: Der Vater des Patienten hat ebenfalls eine Gonorrhoe mitgemacht und leidet in den letzten Jahren an Harninkontinenz (Ursache unbekannt), ein Bruder hat eine Nierenentzündung gehabt und besitzt angeblich einen übermäßig groß entwickelten Hoden; letzteres Zeichen wäre allerdings als Minderwertigkeit des Sexualorgans, das sich gleichfalls fast immer als minderwertig erweist, anzusehen, ebenso die Angabe, daß die Mutter einige schwere Geburten durchgemacht hat. Interessant ist weiter in diesem Zusammenhang, daß der kleine Sohn des Patienten, wie ehemals der Vater, eine Phimose besitzt.

2. Anamnestische Hinweise (Kinderfehler): Patient onaniert von Jugend an, ein Minderwertigkeitszeichen, das in gleicher Weise das Sexualorgan betrifft.

3. Morphologische Kennzeichen (Degenerationszeichen, Stigmen): Vor allem ist ein solches die für den ungünstigen Verlauf verantwortlich zu machende, besonders stark ausgebildete Guérinsche Klappe, weiter die seinerzeit operierte Phimose des

Digitized by Google

Patienten. Anzuschließen wäre da als Zeichen segmentaler Minderwertigkeit eine Hautanomalie des Patienten, und zwar ein Naevus unterhalb der Gegend der rechten Niere.

4. Reflexanomalien: Patient hat einen überaus empfindlichen Sphincter ext., so daß jedesmal beim Einführen eines Instrumentes in die Harnröhre ein anhaltender Sphinkterkrampf zu beobachten ist.

5. Mehrfache Organminderwertigkeiten: Die gleichzeitige Minderwertigkeit des Sexualorgans wurde schon hervorgehoben, die seinerzeit bestandene Phimose wie die zeitweise geübte Onanie des Patienten könnte in diesem Sinne gewertet werden, sofern man sie nicht der Minderwertigkeit des Harnorgans zuweisen will.

6. Rolle des Zentralnervensystems und der Psyche. Der Patient ist durch seine Erkrankung, für deren schweren Verlauf eine Minderwertigkeit des Harn- bzw. Sexualorgans verantwortlich zu machen ist, seelisch vollkommen in Anspruch genommen, zeigt deutliche Züge von Hypochondrie und ängstlichen Verhaltens; er will in Zukunft vom anderen Geschlecht nichts mehr wissen, und es besteht in solchen Fällen von seiten des Arztes die berechtigte Besorgnis, daß der Patient seine schwerer als gewöhnlich verlaufende Infektion zum willkommenen Anlaß nimmt, die durch ungünstige Milieueinflüsse ohnehin geförderte neurotische Haltung durch das Symptom einer vorübergehenden oder dauernden sexuellen Insuffizienz zu krönen.

Wir sehen daraus, daß immerhin eine Menge von Zeichen für das Bestehen einer konstitutionellen Organanomalie (Organminderwertigkeit) angeführt werden können, Zeichen, die in jedem Krankheitsfalle wechseln werden, so wie ja auch bei unserem Patienten vieles nicht da ist, was sonst als Indikator für eine bestehende Organminderwertigkeit gelten kann; es liegt eben in der Eigenart einer solchen, daß sie oft schwer nachzuweisen ist, besonders bei leichterem Grade, in welchem Falle vieles oder sogar alles durch entsprechende Kompensationsfähigkeit des betroffenen Organs wieder gutgemacht und damit vom Beobachter kaum mehr konstatiert werden kann. Für den speziellen Fall der hartnäckig verlaufenden Gonorrhoe scheint die Sache so zu liegen, daß in allen diesen Fällen der Verdacht auf eine Organminderwertigkeit auftauchen müßte und eine solche nachzuweisen wäre. Und da können wir der Endoskopie nicht mehr entraten, sie ist daher bei chronischem Verlauf der Infektion mehr als ein bloßes Diagnostikum, sie ist als physikalische Heilmethode den chemisch biologischen Heilmethoden vollwertig an die Seite zu stellen.

Fragen wir uns schließlich, welche praktischen Schlüsse wir aus der Erkenntnis der Wichtigkeit der Minderwertigkeitslehre für unsere Auffassung und dadurch unser Handeln gegenüber den Infektionskrankheiten im allgemeinen, gegenüber der Gonorrhoe (speziell der schwer verlaufenden) im besonderen ziehen können, so wird zu sagen sein: Vorerst sind durchweg die Verhältnisse beim Menschen, sofern man überhaupt die Annahme einer konstitutionellen Anomalie (angeborene Organminderwertigkeit) gelten lassen will, ganz anders anzusehen als beim Tier mit seinen zweifellos anderswertigen Organen, eine Anschauung, welche sich aus der Minderwertigkeitslehre für die experimentelle Pathologie ergibt. Es werden daher die Ergebnisse des Tierexperimentes mit entsprechender Vorsicht aufzunehmen sein. Auch wird es uns dann verständlich, daß wir fast täglich von den Erzeugern neue, angeblich verbesserte Gonorrhoemittel förmlich in die Hand gedrückt bekommen, die aber am Patienten den in sie gesetzten Hoffnungen in keiner Weise entsprechen. Als zweites erscheint gerade für die Gonorrhoe die Stellung der Prognose durch die Ergebnisse der Minderwertigkeitslehre weitgehendst erleichtert zu sein, was gleichzeitig im einzelnen Fall die Verhütung des oft befürchteten schweren Verlaufes bedeutet. Ist so noch während des akuten Stadiums eine Minderwertigkeit des Harn- bzw. Sexualapparates festgestellt worden, so wird je nach ihrem Grade der weitere Verlauf und damit speziell das Chronischwerden der Infektion vorauszusehen sein, so daß als drittes auch die Therapie anders zu gestalten sein wird als im gegenteiligen Falle. Ist einmal der Patient trotz sachkundigen Vorgehens seitens des Arztes — zu verwerfen ist vor allem jede medikamentöse Polypragmasie im Anfangsstadium — „chronisch" geworden, so werden etwaige schon vorher festgestellte Anzeichen einer bestehenden Organminderwertigkeit näher überprüft werden müssen; mit am wichtigsten ist es da, mit Hilfe des endoskopischen Verfahrens dem Drüsencharakter der chronischen Gonorrhoe nachzugehen und die zumeist vorhandenen, abnorm zahlreichen und tiefen Urethraldrüsen wie in unserem Falle festzustellen bzw. entsprechend unschädlich zu machen. Natürlich kann die Endoskopie auch andere Ursachen für das Nichtausheilen der Infektion aufdecken.

Digitized by Google

Zusammenfassung

Die hier gegebenen Ausführungen sollen den derzeitigen Anschauungen über die Gonorrhoe neue Gesichtspunkte eröffnen und den kranken Menschen mit seinen konstitutionell bedingten Qualitäten in den Vordergrund des Krankheitsgeschehens rücken, Bestrebungen, welche allem Anschein nach bereits von verschiedenen Seiten im weiteren Ausland gefördert werden. Als eine nicht zu übersehende Möglichkeit, in dieser Richtung weiterzukommen, scheint die Adlersche Organminderwertigkeitslehre nutzbringende Aussichten zu bieten. Es wird ein Fall von schwer verlaufender, oftmals rezidivierender Gonorrhoe geschildert und als erklärender Faktor für einen derartigen Verlauf der Nachweis einer bestehenden Minderwertigkeit des Harn- bzw. Sexualapparates zu erbringen versucht, wobei gleichzeitig die Wichtigkeit des endoskopischen Verfahrens in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht hervorgehoben wird. Als praktische Schlußfolgerungen ergeben sich neben der Warnung, infolge der verschiedenen Organwertigkeit bei Tier und Mensch die Ergebnisse des Tierexperimentes nicht zu überschätzen, für die Prognose und Therapie der Gonorrhoe wertvolle Ausblicke; für erstere, indem je nach dem Grad und der Art der vorhandenen Minderwertigkeiten der weitere Verlauf ohne unangenehme Überraschungen sich abspielen wird, für letztere dadurch, daß eine erkannte Minderwertigkeit das therapeutische Vorgehen zielbewußter und zweckmäßiger gestalten wird. Insbesondere werden sich bei Fällen von schwer verlaufender „chronischer" Gonorrhoe durch das endoskopische Verfahren Drüsen- oder sonstige Schleimhautanomalien feststellen und behandeln lassen.

Daß durch weitere Untersuchungen im Sinne der Minderwertigkeitslehre auch seltenere Komplikationen der Gonorrhoe wie beobachtete Nierenaffektionen oder Erkrankungen anderer Organsysteme (Gelenke, Herz, Augen) unserem Verständnis nähergebracht werden könnten, soll hier nur angedeutet werden. Weitere Untersuchungen in dieser Richtung sowie Nachprüfung der angeführten Tatsachen wären am Platze!

Literatur

1. Bussmann, Rudolf, Behandlung der akuten Gonorrhoe unter Berücksichtigung psychischer Idiosynkrasien. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928, Nr. 3. — 2. Scherliess, Arthur, Heißwasserspülungen bei Gonorrhoe. D. m. W., 1921, Nr. 3. — 3. Vecki, Viktor G., Fifty Years of Progress in the Treatment of Gonorrhea. J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 85. — 4. Man, Albert E., Treatment of Acute Gonococcus Urethritis in the Male. New York State Journ. of Med., 1926, Bd. 26. — 5. Rogers, Alfred R., Some Conclusions Drawn from the Observation of Four Thousand Cases of Gonorrhea Treated in a Public Clinic. California State Journ. of Med., 1923, Bd. 21. — 6. Dózsa, Gonorrhoische Infektion einer durch anormale Gefäße verursachten hydronephrotischen Niere; Nephrektomie. Zschr. f. Urol., 1921, Bd. 15. — 7. Barney, J. Dellinger, Gonococcal Infections of the Kidney. J. of Urol., 1923, Bd. 9. — 8. Cecil, Howard L., Gonorrheal Infections of the Kidney. J. of Urol., 1925, Bd. 13. — 9. Zinner, Alfred, Zur Kenntnis der gonorrhoischen Niereninfektionen. W. kl. W., 1926, Jahrg. 39. — 10. Aronstam, N. E., Immunity and Susceptibility in Relation to Gonorrheal Infections. Am. Med., 1922, Bd. 28. — 11. Silverberg, Melville, Gonorrhoe and Responsibility. Urol. and Cut. Review, 1924, Bd. 28. — 12. Balog, Ladislaus, Betrachtungen über die Gonorrhoe des Mannes. M. Kl., 1926, Jahrg. 22. — 13. Jessner, S., Die Allergie als Leitmotiv der Gonorrhoetherapie. M. Kl., 1925, Jahrg. 21. — 14. Sowade, H., Zur Kenntnis der akzessorischen Gänge am Penis. Arch. f. Derm., Orig., 1921, Bd. 132. — 15. Day, George H., Urological and Venereal Idiosyncrasies Presented by the Negro. J. of Urol., 1921, Bd. 5. — 16. Leibfried, D. M., Einige Erwägungen über die Therapie der Gonorrhoe. Wratschebnoje djelo, Jahrg. 1925 (russisch). — 17. Saigrajev, M. u. E. Linde, Das Inkubationsstadium der Gonorrhoe. Venerologija i dermatologija, Jahrg. 1926. — 18. Saigrajev, M., Die Prinzipien der Gonorrhoebehandlung. Venerologija i dermatologija, Jahrg. 1927. — 19. Schischow, J. u. J. Saksin, Die konstitutionellen Faktoren und der Verlauf der gonorrhoischen Entzündungen der Geschlechtsdrüsen (Klin. f. männl. Gonorrhoe, staatl. venerol. Inst. Moskau). Zschr. f. Urol., 1927, Bd. 21. — 20. Janet, Jules, Quand doit-on commencer à s'occuper de la lacune de Morgagni dans le traitement de la blennorragie. J. d'urol., 1922, Bd. 13. — 21. Wolbarst, Abraham L., Obstinate Gonococcal Infections in the Male: Their Causes and Treatment. Urol. and Cut. Review, 1924, Bd. 28. — 22. Aronstam, N. E., Gonorrhea and its Complications in the Male.

Digitized by Google

Intern. Journ. of Surg., 1922, Bd. 35, 1923, Bd. 36. — 23. Luys, Georges, Traitement moderne de l'urétrite chronique. Clinique, 1925, Jahrg. 20. — 24. Salleras, Juan, Wichtigkeit der Urethroskopie als diagnostisches, therapeutisches und prognostisches Mittel bei chronischer Gonorrhoe. Semana méd., 1924, Jahrg. 31. — 25. Lesshneff, N. F., Die Gründe der Schwierigkeit der Ausheilung der chronischen Gonorrhoe. Zschr. f. Urol., 1926, Bd. 20. — 26. Veriotis, Théodore u. Aldo Defabbe, Sur les néoformations inflammatoires de l'urètre postérieur au cours de la blennorragie chronique. J. d'urol., 1926, Bd. 22. — 27. Glingar, Alois, Über Indikationen und Kontraindikationen der endoskopischen Untersuchung und Behandlung der Harnröhre. W. m. W., 1921, Jahrg. 71. — 28. Rosmarin, Henrik, Über eine seltene Komplikation bei der Gonorrhoebehandlung. Polska gazeta lekarska, 1926, Jahrg. 5. — 29. Constantinescu, Mircea, Gonorrhoische Urethritis, durch Guérinsche Falte geteilte Fossa navicularis mit doppelter Harnröhrenöffnung, Galvanokaustik, Heilung. Rev. sanit. milit., 1926, Jahrg. 25, Nr. 11. — 30. Adler, Alfred, Studie über Minderwertigkeit von Organen. Verlag Bergmann, München 1927.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Dermatologische Zeitschrift

1928, Bd. 53

Erich Hoffmann zum 60. Geburtstag

Gelingt der Nachweis der Syphilisinfektion bei Hund, Schaf, Ziege und Lama durch Drüseninfektion?, von B. Albrecht, Inst. f. exp. Ther. u. Georg-Speyer-Haus Frankfurt a. M. S. 1. Die vielfach variierten Versuche, bei Schafen, Ziegen, Hunden und einem Lama eine manifeste oder symptomlose Syphilis zu erzeugen, fielen negativ aus. Lamaserum hatte keine therapeutische Wirkung bei der experimentellen Kaninchensyphilis.

Zur Klinik seltener Soorformen, von A. Alexander, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Charlottenburg. S. 5. Verf. hat zwei Fälle von Dysidrosis sicca lamellosa und einen Fall von Nagelerkrankung nach Paronychie beobachtet. Der Erreger war der Soorpilz. Der Erreger der Dysidrosis ist meist das Ep. interdig. Verf. glaubt, daß die als Trich. gyps. ast. isolierten Pilze nur eine gypseumartige Varietät des Ep. interdig. darstellen. Bei der Nagelerkrankung handelt es sich um einen sekundär bedingten Nagelsoor. Die vorangegangene Paronychie ist so gut wie immer durch Soorpilze hervorgerufen und erzeugt sekundär eine Erkrankung des Nagels.

Zur Frage der Antivirusbehandlung der Hauttuberkulose, von L. Arzt, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 12. Verf. hat in 8 Fällen unangenehme Nebenwirkungen bei der Antivirusbehandlung beobachtet. 2 Fälle boten ein schweres Krankheitsbild, das mit Blässe, Tremor, Somnolenz, fliegendem Atem, kaum fühlbarem Puls, Atemnot und Zyanose einherging. In 6 Fällen kam es zu starken lokalen Reizerscheinungen, in einem Fall davon noch zu einem intensiven toxischen Exanthem. Ein Fall reagierte kaum auf die Behandlung. Die Erklärung für die Zwischenfälle ist wohl in einer übermäßigen Tuberkulineinwirkung zu suchen. Dafür spricht das mächtige Aufflackern aller Pirquet-Reaktionsstellen. Hinzukommt, daß es nicht möglich ist, die Menge des zur Verwendung kommenden Tuberkulins zu bestimmen. Besondere Vorsicht ist bei der Behandlung von Kindern und bei gleichzeitigem Bestehen von Prozessen an den Innenorganen geboten.

Weitere Beiträge zur experimentellen Kaninchensyphilis, von S. Bergel-Berlin. S. 21. Die Spirochäten befallen sowohl beim Menschen als auch beim Kaninchen vornehmlich die bindegewebigen Elemente; sie benutzen auf ihren Wanderungen das fibrilläre und zellige Bindegewebe geradezu als Leitbahn. Das retikuloendotheliale System übt keine Abwehrfunktion gegen Spirochäten aus, sondern dient ihnen als be-

Digitized by Google

sonders guter Nährboden. Die Abwehr gegen die Spirochäten beginnt erst, wenn sie sich in den Retikuloendothelien so weit vermehrt haben, daß sie eine lymphozytäre Reaktion erzeugen. Diese lymphozytäre Reaktion ist der anatomische Ausdruck für die lipolytische Abwehr des Organismus gegen die im wesentlichen lipoiden Krankheitserreger. In lymphozytär infiltrierten Partien lassen sich nie Spirochäten nachweisen, höchstens Abbauformen und Trümmer von Spirochäten. Verf. verweist ferner auf die zahlreichen gleichen Veränderungen, die die Lues bei Menschen und Kaninchen hervorruft. In zwei Fällen von experimenteller intraperitonealer bzw. skrotaler Infektion entwickelte sich eine Lähmung der hinteren Extremitäten, außerdem Blasen- und Mastdarmlähmung. Bemerkenswert ist weiter ein Befund von massenhafter Spirochätenansiedlung in den Haarbälgen der Papeln, sodann ausgesprochene Aneurysmenbildung am aufsteigenden Ast der Aorta und Veränderungen an den Nieren mit den für Lues des Menschen charakteristischen Merkmalen.

Beitrag zur Behandlung der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen mit menschlichem Immunserum, von Beron, Univ.-Hautkl. Sofia. S. 33. Verf. hat 8 Fälle mit intravenösen Injektionen von 5—10 ccm menschlichem Immunserum in Abständen von 2—3 Tagen erfolgreich behandelt. Die Gelenkschmerzen und Schwellungen lassen rasch nach, so daß frühzeitig mit der mechanischen und physikalischen Behandlung begonnen werden kann. Die Einspritzungen werden gut vertragen und wirken besonders gut bei akuten Erkrankungen. Auch andere blennorrhoischen Komplikationen reagieren gut auf die Injektionen.

Angiokeratome und keratotische Angiome, von S. Bettmann, Univ.-Hautkl. Heidelberg. S. 38. Verf. hat am Unterschenkel einer 45jähr. Pat. ein Angioma hyperkeratoticum beobachtet, das nach Aussehen, Sitz und Gesamtanordnung mit einem von Wertheim (Arch. f. Derm., Bd. 147) mitgeteilten Fall völlig übereinstimmt. Die Bildung besteht schon seit frühester Kindheit, die Verhornung ist erst allmählich immer stärker geworden. Proximalwärts von den massiven Gebilden und teilweise neben ihnen finden sich wesentlich kleinere flache und wenig verhornte Herdchen vom typischen Aussehen der Angiokeratome. Am Rumpf und den oberen Extremitäten der Pat. sind verstreut eine Anzahl kleinster einfacher Angiome vorhanden. Die Haut des Unterschenkels ist leicht atrophisch. Akroasphyxie besteht nicht. Kapillarmikroskopisch wurden isolierte, im Papillarkörper oder subpapillär sitzende kugelige Erweiterungen festgestellt, die bei naeviformen Angiokeratomen vorkommen. Daneben sind noch andere mehr oder weniger unscharfe oder verklumpte Gebilde vorhanden, die tieferen Schichten angehören. Der Fall erweist sich somit als ein Kombinationsfall, der weder einer angiokeratomartigen Angiektasiebildung noch einem typischen Angiom völlig entspricht. Die histologische Untersuchung bestätigte den kapillarmikroskopischen Befund.

Versuche zur technischen Verbesserung der Serodiagnostik der Lues, von F. Blumenthal u. K. Jaffé, Univ.-Hautkl. Berlin. S. 54. Die Ballungsreaktion zeigte bei 40 von 400 luetischen Seren stärker positiven Ausfall als die WR und bei 32 Seren stärkere Resultate als die SGR. Nur in 6 bzw. 8 Fällen blieb sie hinter der WR bzw. SGR zurück. 21mal war die MBR positiv, während die WR negativ ausfiel und nur 3mal negativ bei positiver WR. In 16 Fällen zeigte sie positive Resultate bei negativer SGR und in 2 Fällen negative Resultate bei positiver SGR. Speziell im Latenzstadium und 3. Stadium der Lues leistet die MBR mehr als die anderen Reaktionen. Im ganzen wurden durch die MBR 8,5% mehr Fälle als durch die WR und 6% mehr Fälle als durch die SGR erfaßt. Stark positive unspezifische Resultate wurden niemals beobachtet. Die Ablesung der Reaktion erfolgt am besten nach 24stündigem Brutschrankaufenthalt. Verff. empfehlen, statt mit 4 und 5 Tropfen Serum mit 3 und 5 Tropfen zu arbeiten. — Im 2. Teil der Arbeit berichten Verff. über Erfahrungen mit der Verwendung von Spirochätenextrakt bei der WR. Die Resultate gleichen denjenigen der Originalmethode. Nur bei Lues I waren die Reaktionen mit Spirochätenextrakt stärker als die mit Laboschin- oder Behring-Extrakt.

Vergleichende Untersuchungen über die Σ- und die Wassermann-Reaktion, von H. Boas u. K. Norel, Seruminstitut Kopenhagen. S. 63. Untersucht wurden 26365 Sera. Bei Lues I reagierte die Σ-Reaktion öfter als die WR mit luetischem Antigen positiv. In 9 Fällen war nur die WR, in 24 Fällen nur die Σ-Reaktion positiv. Bei Lues II fielen die Resultate beider Reaktionen gleichmäßig aus. Bei Lues III versagte die Σ-Reaktion in 2 von 260 Fällen. Bei Lues latens war die Σ-Reaktion in 111 Fällen mehr als die WR positiv. In 217 Fällen zeigte nur die Σ-Reaktion, in 106 die WR das Vorhandensein von Lues an. Bei kongenitaler latenter Lues war die Σ-

Digitized by Google

Reaktion 12mal öfter positiv als die WR, bei Tabes 1mal öfter, bei Dementia paralytica 2mal weniger positiv. Unter 16219 Kontrollfällen sind 15 unspezifische Reaktionen beobachtet worden (0,09%). Die WR mit Herzextrakt zeigte keine unspezifischen Resultate an, die WR mit luetischem Antigen in 8 Fällen = 0,05%. Da die Σ-Reaktion in 262 Fällen = 2,6% und die WR in 127 Fällen = 1,3% allein positiv reagierte, wird es vorteilhaft sein, beide Reaktionen gleichzeitig anzustellen. Dasselbe gilt auch für die Liquoruntersuchung, wo die Σ-Reaktion in 1,1% der Fälle und die WR in 6,1% der Fälle allein positiv bei Lues ausfiel.

Zur Ätiologie der Impetigo herpetiformis, von E. Brill, Univ.-Hautkl. Jena. S. 70. Die Erkrankung steht wahrscheinlich mit dem Kalkstoffwechsel in engerem Zusammenhang. Dafür spricht ihr Auftreten bei Schwangerschaft, tetanischen Zuständen, bei Mangel von Nebenschilddrüsen und Hypophysenerkrankung. Verf. hat selbst einen Fall von Impetigo herpetiformis bei einer nichtgraviden 44jähr. Frau beobachtet, die gleichzeitig an Tetanie nach Strumektomie und Cachexia strumipriva litt. Auf innerliche Kalkgaben besserten sich die Hauterscheinungen auffallend rasch.

I. Ein Fall von universeller Sklerodermie mit ausgebreiteten Kalkablagerungen in dem kutanen Gewebe. II. Ein Fall von Sarcomatosis cutis bei einem 18jähr. Mädchen, von einem Ovarialsarkom ausgehend, von E. Bruusgaard. S. 80. Fall I. Das 15jährige, an universeller Sklerodermie erkrankte Mädchen wies an den unteren Extremitäten zahlreiche harte, unter der Epidermis liegende, z. T. in Gruppen und feinen Linien angeordnete gelbliche Infiltrate auf, die Ablagerungen von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk darstellten. Auch an den Stellen der sklerodermatischen Haut, wo man makroskopisch nichts sehen konnte, fanden sich mikroskopisch Kalkablagerungen. Am Kinn hatte Pat. zwei prominierende Kalkgeschwülste. Die Ablagerungen lagen genau in der Pars reticularis, wo sie sich an den degenerierten, die Unnasche Elazinreaktion gebenden elastischen Fasern niederschlugen. Die Befunde weisen auf einen Zusammenhang der Sklerodermie mit dem autonomen Nervensystem und den endokrinen Organen hin. — Fall II. Von einem primären polymorphen Rundzellensarkom des linken Ovariums kam es zu Metastasenbildungen in allen inneren Organen außer Leber und Milz, ferner im ganzen Lymphdrüsensystem und in der Haut. Die Geschwülste traten als disseminierte, bläulichrote, scharf begrenzte Knoten hervor. Exitus nach wenigen Monaten.

Zur Histopathogenese der Komedonennaevi, von St. Brünauer-Wien. S. 91. Ein 40jähr., kräftiger Mann, der wegen Pityriasis versicolor in Behandlung trat, wies als Nebenbefund eine eigenartige, seit frühester Kindheit bestehende Hautveränderung auf. Etwa 4 Querfinger unterhalb der Fossa poplitea fand sich eine rundliche, 3 bis $3^1/_2$ cm breite, unscharf begrenzte Fläche mit zahlreichen, mäßig derben, bräunlichschwarzen, das Hautniveau kaum überragenden kleineren und größeren Papelchen von $^1/_2$—1 mm Durchmesser. Im Zentrum dieser kleinen Erhebungen saß ein komedoartiges Köpfchen, das sich exprimieren ließ. Histologisch erscheint das Stratum corneum in der Nähe des Follikelostiums mächtig verbreitert, im Follikel selbst bildet es mächtige, meist lamellär, an anderen Stellen wiederum konzentrisch geschichtete Hornlagen, die mitunter wie ein Pfropf den Follikel erfüllen, seine Mündung sogar beträchtlich überragen. Das Stratum granulosum ist meist verschmälert, oft ist nur eine Zellage vorhanden, an anderen Stellen ist es verbreitert und zeigt Vakuolenbildungen. Das gleiche gilt für das Stratum spinosum. Im Stratum papillare erscheint unmittelbar um den mit Hornmassen erfüllten Follikel ein starkes Infiltrat aus Lymphozyten und Plasmazellen. Das elastische Gewebe fehlt völlig. Haaranlagen und Talgdrüsen sind so gut wie nicht vorhanden. Diagnose: Comedonennaevus. Identische Bezeichnungen sind Naevus acneiformis, Naevus comedofollicularis.

Einige Bemerkungen über verschiedene Pilzarten und Pilznährböden (Grütz-Agar, Pollacci-Agar), von C. Bruhns, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Charlottenburg. S. 104. Verf. empfiehlt, die Einteilung der Dermatophyten nach dem Sabouraudschen System beizubehalten, wenn auch Schwankungen im Bilde der Kulturen bei Verwendung des gleichen Nährmaterials vorkommen. Diese Wachstumsabweichungen haben viele Autoren verleitet, neue Pilzarten aufzustellen, während sie in Wirklichkeit nur Varianten schon bekannter Pilzspezies darstellen. Verf. hält z. B. das M. xanthodes für identisch mit A. gypseum. Das M. fulvum ist dem M. felineum sehr ähnlich, dieses wiederum sicher identisch mit M. lanosum. Das M. scorteum ist nur eine Variante des M. fulvum oder felineum, das Achorion Serisei eine solche des A. gypseum. Auch besteht kein Grund, das M. depauperatum und das Micr. pertenue vom M. Audouini abzutrennen. Als Test-

Digitized by Google

agar für die Diagnose ist neben dem Sabouraud-Agar der Grütz-Nährboden durchaus brauchbar, ebenso der Grützsche Peptonnährboden als milieu de conservation und der Grützsche Glyzerinagar für Primär- und Subkulturen. Der Pollacci-Pilznährboden ist zur makroskopischen Differentialdiagnose nicht sehr geeignet, da viele Kulturen durch eine ziemlich gleiche Neigung zu Unebenheiten und Wulstbildung der Oberfläche sich zu sehr ähneln. Andererseits zeigen die Kulturen schnellere und stärkere Ausbildung, auch die Farbentwicklung geht schneller und intensiver als auf Sabouraud- oder Grütz-Agar vor sich.

Über therapeutische Versuche mit Thallium, abgesehen von seiner Verwendung bei Pilzerkrankungen der Kopfhaare, von A. Buschke u. W. Curth, Derm. Abt. Rud. Virchow-Krkhs. Berlin. S. 113. Bei Hyperidrosis universalis ließ sich eine therapeutische Wirkung homöopathischer Thalliumgaben nicht erzielen. Lokale Hyperidrosis reagierte momentan günstig auf kombinierte Thallium-Röntgenbehandlung, der Dauererfolg blieb aber aus. Zwei Fälle von strahlenrefraktärem Hautkarzinom wurden durch Thallium acet. 0,1 per os und $^3/_4$ HED, 3mm Al, zur Rückbildung gebracht. Hartnäckige Fälle von Sycosis barbae heilten auf die kombinierte Behandlung völlig ab. Röntgenepilationen im Gesicht lassen sich gefahrloser als früher durchführen. Man gibt 0,1 g Thallium + $^2/_5$—$^1/_2$ HED unter 1 mm Al. Hartnäckige Fälle von Alopecia areata reagieren gut auf die volle bzw. halbe Thallium-Epilationsdosis. In einem Fall von Monilethrix zeigten die neuen Haare normales Aussehen. Nach einem Jahr kamen jedoch wieder Monilethrixhaare zum Vorschein. Werther hat einen Fall von Morbus Darier erfolgreich mit Thallium behandelt. Die Versuche, blennorrhoische Gelenkentzündungen, Psoriasis arthropathica und Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica zu beeinflussen, waren ohne Erfolg.

Zur Epidemiologie und Behandlung der Pilzerkrankungen, von A. Buschke u. E. Langer, Derm. Abt. Rud.-Virchow-Krkhs. Berlin. S. 118. Der Favus kommt in Deutschland nur selten vor. In den letzten 9 Jahren wurde nur in den Jahren 1920 bis 1923 je ein Fall beobachtet. Häufiger ist der Favus in Litauen, Lettland, Polen, besonders in Rußland zu finden, ferner in Holland (meist Auswanderer aus Osteuropa) und in Ungarn. In Indien ist Favus so gut wie unbekannt. Trichophytien wurden vor dem Kriege nur selten beobachtet. Erst im Verlaufe des Krieges nahmen sie stark zu. Die Einschleppung erfolgte vom Westen (Frankreich, England). Vor dem Kriege wurde fast nur Tr. cerebriforme als Erreger gefunden, während des Krieges hauptsächlich Tr. rosaceum, jetzt fast nur noch Tr. gypseum, ein tierischer Parasit, der von den aufs Land gehenden Kindern eingeschleppt wird. Auch die Mikrosporie hat vom Westen her über Europa ihren Infektionszug genommen und hat sich nach dem Osten (Japan, China) über Rußland ausgebreitet. Zur Behandlung der Pilzerkrankungen wird die Thalliumepilation, bei Erwachsenen die kombinierte Thallium-Röntgenbehandlung empfohlen.

Granuloma inguinale, von H. N. Cole, H. G. Miskjian u. J. Rauschkolb. S. 127. Die Erkrankungen an Granuloma inguinale nehmen in Nordamerika an Häufigkeit zu. Sie sind besonders stark unter der farbigen Bevölkerung verbreitet. Verf. glauben, daß gewisse, den Donovan-Körperchen ähnliche Zelleinschlüsse die Erreger der Krankheit sind. Ein gutes Hilfsmittel zur Diagnosenstellung ist die Formolreaktion von Foulger und Mc Intosh. Zur Behandlung wird Brechweinstein empfohlen.

Ein Fall von Acne necrotica ausgedehnter Lokalisation, von S. M. de Costa-Amsterdam. S. 144. Die Erkrankung trat bei dem jetzt 31jähr. Pat. vor 14 Jahren im Anschluß an ein Gesichtserysipel am Kopf auf. Die Effloreszenzen beginnen in Form stecknadelkopfgroßer Bläschen an den Haarfollikeln mit schmalem Entzündungshof. Sie vergrößern sich und bilden schwarze Krusten. Die Erkrankung ist besonders lokalisiert auf dem Rücken (interskapulär und etwas tiefer), Stirn, Scheitelgegend, Bartgegend und vereinzelt am Hals und an den Nasenflügeln.

Beitrag zur Behandlung der Pityriasis simplex capillitii und des pityroden Haarausfalls, von C. Chronquist-Malmö. S. 149. Verf. empfiehlt ein etwa 17% Schwefel enthaltendes Präparat Mitador in folgender Zusammensetzung: Acid. salicyl. 5,0, Äther 20,0, Mitador 30,0, Ol. ped. tauri pur. alb. 3—5,0, Ätherol. Portugall. 1,0, Alcohol. absolut. ad 100,0. Kräftigere Wirkung als durch Auftropfen erzielt man, wenn die Flüssigkeit mittels Zerstäubers appliziert wird. Diesem Zwecke entspricht der „Sifonia-Spray-Apparat", der durch Kohlensäure von 1 Atm. Druck Spraywirkung hervorruft. In refraktären Fällen setzt man der obengenannten Flüssigkeit 10—20% Ol. cadin. zu. Die guten Heilerfolge führt Verf. auf die besondere physikalisch-chemische Beschaffen-

Digitized by Google

heit der Flüssigkeit zurück, die ein Vordringen in die tieferen Zellagen und Haarsäckchen ermöglicht.

Über Salvarsanprophylaxe, von Dreyer-Köln. S. 161. Der 34jähr. Pat., der sich wegen Müdigkeit, Magendruck und Kreuzschmerzen in Behandlung begab und wegen einer positiven WR am 31. VII. 0,15 Neosalvarsan, am 6. VIII. 0,45 g, am 11. VII. wieder 0,45 und am 2. IX. 0,6 g erhielt, wies am 13. IX. einen typischen Primäraffekt auf. Dieser entwickelte sich somit zu einer Zeit, in der der Pat. mit Salvarsan behandelt wurde. Die vom Verf. vorgenommene Blutuntersuchung fiel negativ aus. Die frühere positive WR wird wohl unspezifisch gewesen sein.

Über Sklerodermie, von S. Ehrmann-Wien. S. 164. Es gibt nur zwei Formen von Sklerodermie, die umschriebene und generalisierte. Die umschriebene Sklerodermie ist gekennzeichnet durch subakute, erythematöse Flecke, in denen erst später weißliche, resistente Fleckchen entstehen, die konfluieren und je nach Fall ganz dünn, pergamentartig oder riemenartig resistent werden, das normale Hautrelief verlieren, einen wachsartigen Glanz erhalten, zuweilen gefeldert sind, einen grünlichen Schimmer erhalten und von siena- oder sepiabraunen Flecken durchsetzt werden. Ein geröteter Hof als Rest der ursprünglichen erythematösen Fläche kann zurückbleiben (Lilac-Ring). Die Erkrankung sitzt am häufigsten über und unter der Klavikula, in der Mammagegend und in der Inguinalgegend. Sie ist gutartig, heilt oft spontan aus und ist nur auf die Haut beschränkt. Die neurotische Ätiologie lehnt Verf. ab, eher kommen toxische bzw. autoxische Ursachen in Frage. Häufig sind Störungen des Verdauungstraktus (Atonie, Opstipation) vorhanden. Die generalisierte Sklerodermie steht dagegen sicher in kausalem Zusammenhang mit inneren oder allgemeinen Erkrankungen. Sie ist auch keine rein äußerliche Krankheit, denn die Veränderungen der Haut gehen immer mit solchen der Subkutis, Muskeln und Knochen einher. Stets kommen gleichzeitig Störungen von seiten der Ovarien, Schilddrüse und Hypophyse vor, ferner gibt es zahlreiche Fälle, bei denen eine Tuberkulose der inneren Organe nachweisbar ist. Verf. glaubt, daß die Störungen der innersekretorischen Drüsen vom Blut aus direkt auf das Gewebe wirken und nicht erst auf dem Wege über den Sympathikus.

Granuloma multiplex scroti, von W. Frieboes, Univ.-Hautkl. Rostock. S. 172. Der 5jähr. Knabe weist am Skrotum rundliche oder ovale, aus unveränderter Haut kalottenartig hervorragende Tumoren von rötlichbrauner, z. T. fast tomatenartiger Farbe mit glatter Oberfläche auf. Sie sind prallweich, mit der Haut verschieblich und erstrecken sich nicht in die tieferen Hautschichten. Die rote Farbe ist durch Hyperämie bedingt. Es handelt sich in dem beobachteten Fall um die von Kaufmann-Wolff (Arch. f. Derm., Bd. 130) zuerst beschriebenen gutartigen lymphozytären Neubildungen der Skrotalhaut. Mikroskopisch findet man kleine dunklere Zellen (Lymphozyten), mannigfaltig gestaltete größere, rundliche oder ovale, mit dunklerem oder hellerem Kern, große dendritische Zellen, ovale geblähte Zellen wie wuchernde Endothelzellen, Mastzellen, Plasmazellen, eosinophile Zellen. Es liegt das Bild eines proliferierenden polymorphen Gewebes vor. An der Neubildung ist nicht allein der lymphatische Apparat, sondern alle in der Haut enthaltenen Gewebsarten, besonders auch sogenannte endotheliale Zellen beteiligt. Verf. schlägt deshalb die Bezeichnung „Granuloma multiplex scroti" vor.

Ein Fall von Novokaindermatitis, von R. Frühwald-Chemnitz. S. 179. Mitteilung zweier Fälle. Die Erkrankung kommt meist bei Zahnärzten vor und ist hauptsächlich an den Endgliedern der Finger lokalisiert. Charakteristisch sind ferner Bildung von Rissen, Verdickung der Haut und großfetzige Abhebung der Haut der Fingerkuppen.

Zur Klinik der Fremdkörpertumoren, von H. Fuhs, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 183. Die nach Injektion verschiedener chemisch differenter Stoffe wie Septinol, Hg, Kampferöl, Morphium, Neosalvarsan, Alttuberkulin entstehenden Fremdkörpertumoren und ihnen nahestehende Prozesse zeigen durchweg einander ähnliche histologische Veränderungen. Neben mehr oder minder banalen Entzündungserscheinungen finden sich ausgesprochene tuberkuloide Strukturen vor, hauptsächlich an den Stellen, an denen der allmähliche Abbau des Fremdkörpers erfolgt. Neben der Intensität bzw. Qualität des einwirkenden Reizes ist die Bildung von Fremdkörpertumoren von der tuberkuloiden Reaktionsfähigkeit der Haut abhängig, die natürlich gewissen zeitlichen und individuellen Schwankungen unterworfen ist. Daraus resultieren ohne weiteres die Differenzen im Aussehen und in der Beschaffenheit der Hauterscheinungen und die Reichhaltigkeit unspezifischer entzündlicher Prozesse und tuberkuloiden Gewebes.

Über das seltene Syndrom von kongenitalen Keratosen an Haut und Kornea, von H. Fuhs, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 199. Neben einem mäßigen Grad von Hyper-

Digitized by Google

idrosis an Handtellern und Fußsohlen weist der sonst gesunde Pat., symmetrisch angeordnet, insel-, streifen- und warzenförmige Keratosen, ferner an den Nagelplatten der Finger und Zehen vermehrte Wölbung und Krümmung, an einer Zehe sogar Onychogryphosis auf. Außerdem bestehen symmetrische Dyskeratosen der Kornea. Die Erkrankung ist in der Familie dominant erblich. Nach differentialdiagnostischer Abgrenzung gegenüber Keratoma hereditar. palmar. et plantare (Unna) und Keratoma dissipat. hereditar. palmar. et plantar. (Brauer) bzw. Keratodermia maculosa disseminata symmetrica (Buschke und Fischer) wird der Fall in die Gruppe der insel- und streifenförmigen atypischen Keratosen (Riehl) eingereiht.

Über Trichotillomanie, von Galewsky-Dresden. S. 208. Bericht über einen Fall von Trichotillomanie bei einer anscheinend normalen 80jähr. Pat., die unter dem Eindruck von Zwangsvorstellungen sich die Haare am Mons veneris mit Gewalt ausriß und bei der die Erkrankung zweifellos eine erotische Note hatte. Später hat die Tochter der Pat. das Ausreißen der Haare besorgen müssen, eine Tätigkeit, die ihr im Laufe der Zeit zu einem Bedürfnis geworden ist. Mutter und Tochter hatten die Vorstellung, daß die Hautporen verschlossen und daß die Haare sich durch die Haut nur mühsam durchbohrten, was Schmerzen verursache.

Endarteriitis oder Thromboangiitis obliterans, von O. Gans, Univ.-Hautkl. Heidelberg. S. 213. Die Erkrankung tritt in der Regel zwischen dem 20.—40. Lebensjahre vorwiegend bei Männern und an den unteren, seltener an den oberen Extremitäten auf. Ohne nachweisbare Ursache setzt der Prozeß meist in einer der unteren Extremitäten, mit Vorliebe der linken, mit Prodromalerscheinungen wie Parästhesien, rheumatischen Beschwerden, Kreislaufstörungen ein. Die Füße sind ausgesprochen blaß, fühlen sich kalt an. Die Veränderung zeigt sich zunächst nur in der Kälte. Wird das Glied warm, so kehrt die Farbe allmählich zurück. Der Puls in den Fußarterien ist um diese Zeit bereits geschwunden. Die Haut selbst schilfert stark ab und trocknet ein. Nach monate- bis jahrelanger Dauer der Prodromalerscheinungen kommt es dann zum Auftreten trophischer Störungen (Blasenbildung, Blutung, Geschwüren, eventuell Gangrän). Auf Grund histologischer Studien kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß es sich bei dem Krankheitsbild, dessen Ätiologie unbekannt ist, um eine Endarteriitis obliterans handelt.

Sclerodermia guttata follicularis mit halbseitiger Gesichts- und Körperatrophie und endokrinen Krankheitssymptomen, von O. Grütz, Univ.-Hautkl. Kiel. S. 227. Am Hals, Nacken, Schultern, Supra- und Intraklavikulargegend und oberen Sternum finden sich mehr oder minder dichtstehende, hirsekorn- bis linsengroße weiße und elfenbeinfarbene Flecken, die teils im Niveau der Haut liegen, teils prominieren. Sie sind meist rundlich, scharf umschrieben und fühlen sich derb an. Die Oberfläche der kleinen Effloreszenzen ist glatt. Die größeren weisen im Zentrum entweder eine festhaftende graue Schuppe oder follikuläre hyperkeratotische Pfröpfe auf. Zwischen den Herden sind meist rundliche, flache Narben vorhanden. Die linke Seite des Gesichts ist atrophisch, die linke Körperseite zeigt deutliche Unterentwicklung. Die endokrinen Symptome bestehen in einer eigenartigen Fettdystrophie. Das Fettpolster bildet Wülste. Schilddrüse ist deutlich vergrößert. Differentialdiagnostisch wird Lichen obtusus in Betracht gezogen.

Weiteres über Amyloid der Haut, von C. Gutmann, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Wiesbaden. S. 235. Verf. berichtet über einen vierten von ihm selbst beobachteten Fall von örtlicher Amyloidose der Haut. Es handelt sich um eine 74jähr. Pat., die bereits seit 20 Jahren an Juckreiz leidet und erst seit 1923 am rechten Fuß und Unterschenkel kleine harte Knötchen bemerkte. Seit einem halben Jahr sind die gleichen Effloreszenzen auch am linken Fuß und Unterschenkel in Erscheinung getreten, allerdings in weit geringerer Zahl als rechts. Die histologische Untersuchung bestätigte die schon makroskopisch gestellte Diagnose.

Über Lichen ruber hypertrophicus laevis und Lichen obtusus, von R. Habermann, Univ.-Hautkl. Hamburg. S. 246. Die 71jähr. Frau weist symmetrisch in den Supraklavikulargruben gelegene zweimarkstückgroße kutane Knotenbildungen auf, die tomatenartig gelappt, lividbraunrot, knorpelhart, oberflächlich glatt sind und stark jucken. Die einzelnen erbsengroßen Läppchen, von denen einige in der Peripherie der Hauptherde isoliert liegen, haben eine zentrale Öffnung, aus der sich auf Druck weißliche, aus Hornlamellen bestehende Massen entleeren. Keine Molluskumkörperchen vorhanden. Histologisch findet sich das für Lichen ruber charakteristische Bild. Auf Röntgenbestrahlung (0,5 ED, $^1/_2$ mm Al.) prompter Rückgang der Knoten. Zur Unterscheidung

Digitized by Google

des beobachteten Krankheitsbildes gegen die häufig vorkommenden hypertrophischen verrukösen Formen wird der Name Lichen hypertrophicus laevis vorgeschlagen.

Über die Behandlung der mit Röntgenstrahlen nicht zu heilenden bösartigen Hautgeschwülste, von L. Halberstaedter u. A. Simons, Strahlenther. Abt. Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Charité Berlin. S. 254. Durch Radiumbehandlung gelingt es, einen erheblichen Prozentsatz der gegen Röntgenstrahlen refraktären malignen Hauttumoren zur Ausheilung zu bringen. Führt die einfache Kontaktbehandlung mit Radium nicht zum Ziel, so können noch durch Radiumdistanzbehandlung, bei der aus großem Abstand kontinuierlich mehrere Tage hindurch bestrahlt wird, und durch intratumorale Anwendung von Thor-X-Stäbchen überraschend gute Erfolge erzielt werden. Auch Elektrothermokoagulation und kaustische Methoden sind in refraktären Fällen indiziert, am besten in Kombination mit Radiumbehandlung. Chirurgische Maßnahmen sollten nur dann angewendet werden, wenn der Tumor bereits auf Knochen und Knorpel übergegriffen hat.

Beitrag zur Ätiologie der Folliculitis et Perifolliculitis suffodiens et abscedens (E. Hoffmann), von L. Hauck, Univ.-Hautkl. Erlangen. S. 275. Mitteilung von 5 typischen Fällen. In einem Fall war neben der Hinterhauptsregion besonders die Glutäalgegend Sitz der Erkrankung. In vier Fällen hat die Einwirkung von im Weltkrieg verwendeten Giftgasen und in einem Fall der fortwährende Reiz von Kohlenstaub das Hautgewebe primär geschädigt und so zum Zustandekommen der unter eigenartigem klinischem Bild verlaufenden chronischen Staphylokokkeninfektion geführt.

Die Bedeutung der veränderten Wirtschaftsstruktur (Hoch- und Spätkapitalismus) für die Statistik der Geschlechtskrankheiten, von J. Heller-Charlottenburg. S. 282. Verf. ist der Ansicht, daß die Wirtschaftsstruktur unserer Zeit und auch der kommenden Jahrzehnte nicht mit den früheren Perioden verglichen werden kann. Die heutige Zeit des Spätkapitalismus (Sombart) bringt es im Gegensatz zu der früheren des Hochkapitalismus mit sich, daß die Masse des Volkes in weit geringerem Maße von der Wirtschaftsgestaltung abhängig ist. Je weniger aber die Wirtschaftsbewegung Einfluß auf die Wirtschaftsführung der breiten Massen hat, um so weniger wird auch das Geschlechtsleben dieser Schichten von Wirtschaftsvorgängen beeinflußt. Es erscheint daher Verf. angebracht, nur mit größter Vorsicht Rückschlüsse von Wirtschaftsvorgängen früherer Zeiten auf unsere Zeit zu machen. Dies gilt auch für die Abhängigkeit der Geschlechtskrankheiten von Vorgängen in der Volkswirtschaft.

Über Färbung, Vorkommen und Funktion der eosinophilen Zellen, von K. Herxheimer u. Fr. Herrmann, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 285. Zur Darstellung der eosinophilen Zellen färbt man die Gewebsschnitte 18—22 Stunden in Giemsa-Lösung und differenziert etwa 5 Sekunden mit Synthol, einer molekularen Verbindung von Dioxybenzolmonomethyläther und Trichlorsemiazetal in 33%igem Alkohol. An Stelle von Synthol kann man auch eine 10%ige Chloralhydratlösung verwenden, die 15 bis 30 Min. zur Differenzierung braucht und noch schönere Präparate hervorbringt, da die Gewebsstruktur weniger angegriffen wird. Die leuchtend rote Körnelung tritt dadurch stark hervor, daß die blaugefärbten, lipoiden Zellbestandteile durch Synthol bzw. Chloralhydrat entfernt werden. Bei Anwendung der beschriebenen Färbemethode findet man eosinophile Granulozyten in großer Zahl in allen entzündlichen Infiltraten, ferner im mesenchymalen Anteil der normalen Organe (Milz, Lymphdrüsen, Knochenmark und Kutis). Durch die Giemsa-Syntholfärbung lassen sich, wie aus Versuchen an Kantharidenblasen hervorgeht, die Histiozyten leicht als solche identifizieren. Das Plasma ist hochrot gefärbt. Vielleicht deutet dieser Befund auf eine chemische Verwandtschaft der plasmatischen Anteile der Histiozyten mit denjenigen der eosinophilen Granulozyten hin.

Über hautreizende Nutzhölzer, von H. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Tübingen. S. 293. Folgende Holzarten sind in dem Bericht von Touton und in der zusammenfassenden Übersicht von Ullmann, Oppenheim und Rille nicht berücksichtigt oder unter anderem Namen erwähnt: 1. Edelteakholz, 2. Mouleholz, 3. Tecoma araliacea, 4. Greenheart, 5. Padoukholz, 6. Lapachoholz, 7. Moahholz, 8. Okoméholz und 9. Makassarholz. Hauptsächlich ruft der Staub dieser Hölzer Hautreizungen hervor. Zur Desensibilisierung empfiehlt Verf. intrakutane Injektionen einer öligen Aufschwemmung des alkoholischen Extraktrückstandes.

(Fortsetzung folgt)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Heilung der Warzen durch Suggestion. Bemerkungen zu der Arbeit von Bloch im Jahrg. 6, Nr. 48/49, S. 2271 u. 2330 und zu der Arbeit von Scholtz im Jahrg. 7, Nr. 6, S. 265 dieser Wochenschrift, von C. L. Karrenberg, Derm. Kl. Hamburg-St. Georg. (Kl. W., 1928, Nr. 13, S. 601.) Verf. teilt einen Selbstversuch mit, den er während seiner Gefangenschaft gemacht hat. Ein Kamerad hatte ihm geraten, seine Warzen mehrere Morgen hintereinander sofort beim Aufwachen bei ungereinigtem Munde mit der Zungenspitze einmal zu überstreichen; es ist notwendig, daß dies sofort nach dem Aufwachen geschieht. Obwohl Verf. zunächst nicht an einen Erfolg glaubte, führte er die Anordnung aus mit dem Resultat, daß sich nach etwa 10 Tagen an den Warzen Veränderungen zeigten. Nach weiteren 4 Tagen waren alle Warzen total verschwunden. Es kann sich hier nicht um einen chemischen Einfluß des Speichels handeln, sondern es ist zweifellos ein Ergebnis einer Suggestivtherapie. E. Langer-Berlin.

Die elektrophysikalische Behandlung der kavernösen Angiome, von C. A. Hoffmann-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 17, S. 804.) Die Ausdehnung der Einzelbehandlung ist von der Größe des zu behandelnden Herdes abhängig. Man koaguliert entweder oberflächlich oder, bei größeren Kavernomen, indem man mit der Koagulationsnadel in den Tumor einsticht. Die entstehenden Narben sind zart und glatt. Unangenehme Zwischenfälle zeigen sich so gut wie niemals. Treten stärkere Blutungen ein, so muß der Strom verstärkt werden, und es wird koaguliert, bis die Blutung aufhört. Nachbehandlung mit schützendem Salbenverband. E. Langer-Berlin.

Fall von riesenhafter Lappenelephantiasis bei einer Japanerin, von F. Härtel, I. Chir. Univ.-Kl. Osaka. (D. Zschr. f. Chir., 1928, Bd. 208, H. 5/6, S. 423.) Bei einer 40jähr. Japanerin mit Neurofibromatose fand sich eine riesenhafte Lappenelefantiasis des linken Armes (3 instruktive Abbildungen), die in Plexusanästhesie entfernt wurde. Mikroskopisch: Fibrom mit Nervengewebe. 3 Jahre nach der Operation bei Rezidivfreiheit des Armes Sarkom der linken Mamma. Verf. erblickt in diesem Falle einen Beweis dafür, daß diese anscheinend gutartigen Tumoren die Disposition für maligne Entartung in sich tragen und daß sie als präkanzeröse bzw. präsarkomatöse Tumoren aufgefaßt werden müssen. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Regressive Störungen und Atrophien

Beiträge zur Kenntnis der „Aplasia cutis congenita", von F. Kovàcs, II. Univ.-Frauenkl. Budapest. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 13, S. 835.) Bei einem mittels Kaiserschnitt bei noch stehender Blase geborenen Mädchen, wobei also alle artifiziellen Geburtsverletzungen ausgeschlossen sind, fanden sich in der Gegend der kleinen Fontanelle an der Kopfhaut zwei ein- bis zweihellerstückgroße, unregelmäßige, hohlrandige Hautdefekte, die als echte Entwicklungsdefekte angesprochen werden mußten. Sie waren in wenigen Tagen reizlos vernarbt. Interessant ist, daß es sich hier um ein übertragenes, 3570 g schweres Kind handelte, während die bisherigen seltenen Veröffentlichungen fast immer frühzeitige, unreife Früchte betrafen. Auffallend ist, daß unter den neun erwachsenen Geschwistern des Vaters des Säuglings zwei seit der Geburt an derselben Stelle des Kopfes je einen ganz ähnlichen kahlen Fleck aufweisen, so daß hier vielleicht die Vererbung eine Rolle spielt. F. Landauer-Berlin.

Über die Heilungsschwierigkeiten operativer bzw. akzidenteller Wunden oder Verletzungen, Ulzera, entzündlicher und anderer Wiederherstellungsprozesse an angioneurotischen Extremitäten, von M. J. Lorin-Epstein, Kl. f. allg. Chir. d. Kiewer Med. Inst. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 1, S. 139.) Verf. beobachtete trophoneurotische Störungen in 12 Fällen, und zwar bei gesunden jungen Leuten, Soldaten, die, wie die Krankengeschichten zeigen, nicht etwa von Herz- und Nierenaffektionen, noch von Allgemeinerkrankungen, Lues und ähnlichem, noch von lokalen, Varizen, abhingen, sondern aus Kombinationen der Merkmale der verschiedensten Krankheiten bestanden. So sah Verf., daß das Tragen von Kommißstiefeln allein schon Störungen hervorrief, die beim Tragen von Schuhen vergingen, daß fernerhin Störungen in dem Blutdruck, in der Schweißabsonderung und der Harnabsonderung oder Magensaftabsonderung festzustellen waren, daß aber diese Störungen andererseits nicht unter eine Formel

Digitized by Google

zu bringen waren. Ferner wurde eine Verschlechterung im Winter festgestellt. Auch traten diese Erscheinungen häufig nach Typhus auf, der ja bekanntermaßen einen Einfluß auf das vegetative Gefäßsystem hat. Die Heilungsprozesse sind schlecht, da sich nur eine ungenügende Menge Granulationsgewebe bildet. Geringfügige Traumen führen oft zu Nekrosen. Die Narben sind stark pigmentiert (Einfluß der Nebenniere auf die Pigmentation einerseits, auf die Angioneurosen andererseits). Auch Knochenatrophien wurden beobachtet. Therapeutisch ist von Operationen an diesen geschwächten Stellen abzuraten, auch das Anlegen von Gipsverbänden ist möglichst zu vermeiden. Die Regenerationsfähigkeit des Gewebes ist durch Massage, Stauungshyperämie, heiße Wasser- und Luftbäder, Föhn usw. zu erhöhen. Ferner sollen (dringendst empfohlen!) 2—3 mal wöchentlich Injektionen von Detritus menschlicher Embryonen ausgeführt werden. Der menschliche Detritus ist am besten in verlöteten Röhrchen an kühlem Orte mit Zusatz von Ac. carbol. ($^1/_5$—$^1/_8$%) oder Rivanol (1/3000—1/4000) aufzubewahren. Dieser Detritus ist in der ersten Woche am wirksamsten. A. Rosenburg-Mannheim.

Die Behandlung des Ulcus cruris mit schwefliger Säure in Form von Sulfofix, von J. Kerb, Derm. Polikl. Danzig. (M. m. W., 1928, Nr. 10, S. 437.) Wundstreupulver Sulfofix soll erst in Berührung mit dem Wundsekret die in ihm enthaltene schweflige Säure abgeben und dadurch tiefgehende Begasung ermöglichen. Hat sich bei der Behandlung von Ulcus cruris bewährt. M. Cohn-Dresden.

Maligne Neubildungen

Krebsbildung und Regeneration, von B. Fischer-Wasels, Pathol. Univ. Inst. Frankfurt a. M. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 19, S. 473—478.) Für einen großen Teil der Geschwülste ist die embryonale Anlage des Geschwulstkeimes Tatsache. Die Geschwulstzelle, auch die maligne Tumorzelle, ist eine grundsätzlich von der normalen abgeartete. Ihre Entwicklung aus der Körperzelle kann embryonal und postembryonal erfolgen; ersteres durch die hier an und für sich häufigen Differenzierungsvorgänge, letzteres infolge der hier häufigeren Störungen durch äußere Faktoren. Dabei ist die Reiztheorie als nichtssagend, sogar irreführend und ein nicht vorhandenes Wissen vortäuschend abzulehnen. An ihre Stelle ist die Regenerationstheorie zu setzen, zu deren Gunsten zahlreiche Beobachtungen sprechen, die zeigen, daß die Geschwulstbildung stets in engster Beziehung zu embryonalen oder regenerativen Entwicklungsvorgängen steht.
E. Levin-Berlin.

Versuche zur Krebsfrage, von C. B. Strauch und H. Bernhardt, Chir. Univ.-Kl. Charité Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1928, Bd. 26, H. 5, S. 370.) Wenn chronisch gereizte Zellen sich in widerstandsschwachem Milieu befinden, ist die Möglichkeit einer malignen Tumorbildung gegeben, besonders bei Loslösung junger Epithelzellen aus ihrem Verbande und Verlagerung derselben im Bindegewebe. Prüfung dieser These auf experimentellem Wege an 3 Versuchsreihen von Kaninchen und Ratten. Bei allen 3 Reihen wurde nach besonderen Methoden das Epithel lokal gereizt und der Boden und Gesamtorganismus geschwächt. Bei der zweiten Reihe wurden die gereizten Zellen autoplastisch verlagert, bei der dritten eine künstliche Entzündung gesetzt. Die Versuche verliefen meist negativ, in einigen Fällen zweifelhaft. H. Colman-Berlin.

Sur le rôle de l'arsenic dans la cancérisation par le goudron (Über die Rolle des Arsens bei der Krebserzeugung durch Teer), von L. S. Raposo. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 997—999.) Die Ergebnisse früherer Untersuchungen, daß der Teer nach sorgfältigem und fortgesetztem Waschen seine karzinogene Fähigkeit verliert, waren von anderer Seite so gedeutet worden, daß dies auf Entfernung des dem Teer beigemischten Arsens beruhe. Es wurden weitere Untersuchungen angestellt, in denen dem genügend gewaschenen Teer Arsen in verschiedener Form zugesetzt wurde, doch konnte dadurch keine Verstärkung der karzinogenen Wirkung erzielt werden. E. Levin-Berlin.

La pseudo-électrolyse du goudron (Méthode de Kotzareff) et l'action du chauffage du goudron cancérigène (Die Pseudo-Elektrolyse des Teers [Methode von Kotzareff] und die Wirkung der Erhitzung auf den krebserzeugenden Teer), von L. S. Raposo. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 999—1001.) Kotzareff hatte geglaubt, durch einen von ihm als Elektrolyse aufgefaßten Vorgang die krebserzeugende Fähigkeit des Teers zu steigern. Das ist aber nicht der Fall, vielmehr spielt hierbei die Erhitzung eine Rolle. Auch eine vermehrte Häufigkeit der Teerpinselungen wirkt nicht beschleunigend auf die Krebsbildung. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Les deux facteurs de la genèse des carcinomes (Die beiden Faktoren der Krebsbildung), von L. S. Raposo. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 1001 bis 1002.) Bei der Krebsbildung spielen ein humoraler Faktor (der bei Teerpinselungen durch die Intoxikation beeinflußt wird) und ein örtlicher Faktor eine Rolle, indem ein vorher in seiner Proliferation gesteigertes Epithel dadurch empfänglicher wird.

E. Levin-Berlin.

Über die Wirkung der Radiumstrahlen auf den experimentellen Teerkrebs sowie auf seine Entwicklungsstadien, von G. Stoel-Amsterdam. (Zschr. f. Krebsforschg., 1928, Bd. 26, H. 5, S. 386.) Ausführliche experimentelle Arbeit mit 6 Tabellen und 5 Abbildungen. Verf. benutzte eine Nadel mit Wandstärke $^1/_2$ mm Platin mit 2 mg Radiumgehalt. Applikation durch 1 mm Hartgummi 48 Stunden. Je kränker das Gewebe, desto schneller geht es zugrunde. Besonders schnell Karzinom. Als Versuchstiere wurden Mäuse benutzt. Sitz: Rückenhaut. Mikroskopisch fand sich nach der Bestrahlung eine hochgradige Veränderung der Mitosenbildung, der Geschwulstzellkerne und häufige Nekrosenbildung. In und nahe der Geschwulst bleibt die Mitosenbildung nach der Bestrahlung länger aus als in der gesunden Haut. Ebenso tritt im Karzinom die Nekrose schnell ein, während das gesunde Gewebe nicht nekrotisiert. Nach einer gewissen Zeit bekommt die Zelle bisweilen wieder ihr Teilungsvermögen. Das Teerkarzinom reagiert nicht spezifisch auf die Bestrahlung. Es läßt sich nur ein quantitativer Unterschied zwischen ihm und seinen Entwicklungstadien feststellen.

H. Colman-Berlin.

Über die Hitzeempfindlichkeit der Krebszelle, von B. Mendel-Berlin-Wannsee. (Kl. W., 1928, Nr. 10, S. 457.) Ist die anaerobe Glykolyse durch Einwirkung erhöhter Temperaturen um 70—80% geschädigt, so stirbt das Tumorgewebe ab. Die Impfung mit solchem Tumormaterial verläuft immer ergebnislos, während bei 37,5° gehaltenes Tumorgewebe stets eine normale Impfausbeute liefert. Während diese Schädigung des Tumorgewebes bei einer Temperatur von 44° schon in 3 Stunden eintritt, erfolgt sie bei 42° in 10 und bei 41,5° in 20 Stunden. Darunter liegende Temperaturen sind auch in 30stündigen Versuchen wirkungslos. Die gleichen Resultate wie in vitro ließen sich auch am lebenden Tier z. B. mit Diathermie erzielen. Menschentumoren verhalten sich in vitro wie Rattentumoren. Noch hitzeempfindlicher als die Krebszellen sind Spirochäten.

E. Langer-Berlin.

Der Baumwollspinnerkrebs, von A. Buschke und W. Curth, Derm. Abt. Rud. Virchow-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 10, S. 368—369.) Ber Baumwollspinnerkrebs ist in den letzten Jahren in England in gehäufter Form aufgetreten, während er anderwärts nicht beobachtet worden ist. Es handelt sich auch hier, wie bei dem Schornsteinfegerkrebs, um am Skrotum infolge dauernden Reizes ausgelöste Erkrankung, indem die Arbeiter mit dem von den Spindeln der Maschine verspritzten Schmieröl in innige Berührung kommen. An der Skrotalhaut wird Schmutz und Öl zurückgehalten, es bilden sich kleine, zuerst harmlose Warzen, die später in maligne Degeneration geraten und die benachbarten Lymphdrüsen affizieren. Eine in England eingesetzte Kommission schlägt Schaffung eines Spindelöls aus unschädlichen Bestandteilen, Änderungen an der Maschine, die das Verspritzen des Öls verhindern sollen, vor; außerdem sollen die Arbeiter auf die Notwendigkeit gründlichen Waschens hingewiesen und regelmäßig untersucht werden.

E. Levin-Berlin.

Über Portioleukoplakie, von H. Hinselmann, Städt. Krkhs. Altona. (W. kl. W., 1928, Nr. 15, S. 515.) In der Literatur finden sich aus einem Abschnitt von 30 Jahren im ganzen 6 Fälle von Leukoplakie der Portio. Von diesen sind alle nach 4, 6 und 8 Jahren poliklinischer Beobachtung in Karzinom übergegangen. Verf. sah aber während $1^1/_2$ Jahren allein 25 Fälle von Portioleukoplakie. Die Beobachtung gelang ihm nur mit Hilfe des besonders konstruierten Portiospiegels, genannt Kolposkop, weshalb Verf. die Kolposkopie dringend empfiehlt, damit in jedem Fall von Leukoplakie die Portio vorzeitig abgetragen und der späteren Entwicklung des Karzinoms wirksam begegnet wird.

H. Lippert-Köln.

Die biologische Karzinomheilung, von W. Lahm, Staatl. Frauenkl. Chemnitz. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 4, S. 779.) Die Frage, ob die häufig in der Umgebung des Karzinoms zu findende Reaktionszone wirklich eine Zone lokaler Abwehr darstellt, darf nicht als beantwortet gelten. Wo Phagozytose von Leukozyten erkennbar wird, richtet sie sich nur gegen tote Zellelemente; auch Karzinomzellen können Phagozytose zeigen. Bei bestrahlten Karzinomen fanden sich zahlreiche Fälle, wo mittels fortlaufender Probeexzisionen festgestellt wurde, daß die Umgebung nicht die Spur einer

Digitized by Google

Reaktion aufwies. Das Kollumkarzinom — in seinen unreifen Formen — und das Adenokarzinom enthalten kein Glykogen. Das Oberflächenepithel der Portio enthält noch massenhaft Glykogen, während die in die Tiefe dringenden Karzinomzapfen es verlieren. Kommt es in unreifen oder mittelreifen Karzinomen zu Reifungsvorgängen, zum Auftreten platter Zellen oder Hornperlen, so stellt sich das Glykogen wieder ein. Diese Ausreifung stellt also eine Heilungstendenz dar. Bei den bestrahlten Metastasen eines operativ entfernten Ovarialkarzinoms, das nie Glykogen enthält, ließ sich massenhaft Glykogen nachweisen. Die Erzeugung allgemeiner Reaktionen gehört nicht unbedingt zur biologischen Karzinomheilung, da das Karzinom mindestens zuerst eine lokale Erkrankung ist, die auch lokal beeinflußt werden kann. W. Curth-Berlin.

Über Krebs und Krebsbehandlung, von O. Strauss-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 19, S. 746.) Sammelreferat.

Wismutinjektionen bei malignen Tumoren, von P. Zadik-Hamburg. (Ther. d. Gegenw., 1928, H. 2, S. 92.) Ausgehend von den Ergebnissen bei Tumormäusen mit Wismutbehandlung, wobei sich eine elektive Speicherung des metallischen Wismuts in den Tumoren, und zwar meist um die Kapillaren herum, nachweisen ließ, in deren Gefolge es zu inselförmigen Nekrosen kam und eine Weiterverimpfung des Tumors unmöglich wurde, wurden Versuche auch am Menschen angestellt. Zur Verwendung kamen das Bi-Yatren-A (10%iges Bismut-Indoxychinolinsulfosaures Natrium) und Pallizid (40% Bi enthaltendes Tribismutylnatriumtartrat) intravenös. In 2 Fällen von Karzinomrezidiven mit Drüsenmetastasen kam es zum Schwinden sämtlicher Erscheinungen. In anderen Fällen hat die Behandlung versagt. Ein Nachteil ist das häufige Auftreten schwerer Neuralgien im Gebiete der Mandibularnerven. Auch die ungeheilten Fälle zeigten öfter günstige Allgemeinreaktionen, die sich in Abnahme von Schmerzen, Zunahme von Gewicht und Appetit äußerten. Die beiden geheilten Patienten erhielten zweimal wöchentlich 2,5—3,0 Bi-Yatren-A und wurden etwa $^1/_2$ Jahr, später in größeren Pausen, noch prophylaktisch weiterbehandelt. B. Peiser-Berlin.

Pigment

Gegen die Mongolentheorie der sogenannten „Mongolenflecke", von E. Mayerhofer, Kinderkl. Zagreb. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1928, Bd. 60, H. 1/2, S. 255.) M. hatte in Gemeinschaft mit Lypolt-Krajnović in der Zagreber Frauenklinik eine ungewohnt starke Häufung der sogenannten Mongolenflecke gefunden. Die genannten Autoren kamen zu einer in der Literatur schon vorbereiteten Meinung über die Ätiologie dieser Flecke, die sie als „Pigmenttheorie" bezeichnen. M. bezeichnet die Mißbildungs- sowie die Mongolentheorie der blauen Naevi als unbrauchbar bzw. unrichtig; nach seiner Auffassung sind die dunklen Säuglingsflecke in den mitteleuropäischen Populationen autochthon entstanden. Von den vier Grundrassen Günthers: der dinarischen, ostischen, westischen und nordischen Rasse, ist die letzte wegen ihrer Pigmentarmut zur Hervorbringung der „Mongolenflecke" im allgemeinen nicht geeignet, ohne daß jedoch mit Sicherheit auszuschließen wäre, daß es auch seltene autochthonnordische „Mongolenflecke" gibt. Die drei anderen Rassen sind vermöge ihres natürlichen Pigmentreichtums im Besitze derjenigen Bedingungen, welche der Verf. als die eigentlichen Ursachen der in Rede stehenden Flecken betrachtet. Mit Berücksichtigung der Zagreber Befunde betont M. die Bedeutung der dinarischen Rasse für den sogenannten Mongolenfleck und bezeichnet diese seine Ansicht als „Dinariertheorie", die einen besonderen Anwendungsfall der allgemeinen Pigmenttheorie bildet. Ihrzufolge sind die meisten „Mongolenflecke" im heutigen Österreich, welches ja stark dinarisch durchmischt ist, keine eigentlichen Mongolenflecke, sondern viel eher „Dinarierflecke". In bezug auf die Nomenklatur solle man jedenfalls den Ausdruck „Mongolenfleck" ohne Anführungszeichen oder ohne das Wörtchen „sogenannt" vermeiden; am richtigsten wäre wohl noch „dunkler Säuglingsfleck" oder „Pigmentfleck der Säuglinge".

L. Leven-Elberfeld.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 34 (Bd. 87) 25. August 1928

Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin
(Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. Buschke)

Lichen ruber und Psoriasis

Von

Prof. Dr. A. Buschke und Dr. Wilhelm Curth

In der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 10. I. 1928 demonstrierte Baum einen 41jähr. Mann mit einer seit 17 Jahren bestehenden Psoriasis, die unter Arsenbehandlung abheilte; statt dessen entwickelte sich ein über den ganzen Rumpf disseminierter Lichen ruber planus.

Baum war auf Grund der Beobachtungen von Buschke-Freymann über die Entstehung von Lichen ruber und Lichen-ruber-artigen Salvarsanexanthemen der Ansicht, daß dieser Lichen ruber mit großer Wahrscheinlichkeit durch die Arsenbehandlung hervorgerufen sei.

In der Diskussion lehnte Arndt diesen Zusammenhang ab mit der Bemerkung, daß er mehrmals gleichzeitiges Vorkommen von Lichen ruber und Psoriasis ohne Arsenmedikation gesehen hätte. Dieser Ansicht trat O. Rosenthal bei. Buschke dagegen hielt diesen Zusammenhang auf Grund seiner obenerwähnten Beobachtungen wenn auch nicht für erwiesen, so doch für wahrscheinlich, zumal er erwähnte, daß er bei der sehr großen Zahl von Psoriasisfällen, die er im Laufe von nunmehr über 3 Jahrzehnten an dem denkbar größten Krankenmaterial beobachtet habe, nur ein einziges Mal eine solche Koinzindenz beobachtet habe; und auch hier handelte es sich um einen Fall von Psoriasis, der mit einem organischen modernen Arsenpräparat behandelt worden war. Dieser Fall war noch dadurch bemerkenswert, daß nach Aussetzen dieser Behandlung der Lichen ruber zurückging, um wieder aufzutreten, nachdem die Behandlung wieder eingesetzt hatte.

Bei dieser Dissonanz der Anschauungen schien es von Interesse, die Literatur auf das Zusammenfallen von Psoriasis und Lichen ruber durchzusehen, speziell auch darauf, ob hieraus ein Zusammenhang mit einer eventuellen Arsenbehandlung im Sinne der obenerwähnten Salvarsanexantheme zutage trat. Auch hierbei ergeben sich nun ähnlich wie in der Sitzung anscheinend Differenzen der Auffassungen.

So erwähnt Kaposi in seinem berühmten Lehrbuch, daß er einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Lichen ruber und Psoriasis beobachtet habe. Das muß doch sehr auffällig erscheinen bei einem Kliniker mit dieser enormen Erfahrung und diesem scharfen diagnostischen genialen

Digitized by Google

Blick. Dazu kommt, daß dieser Fall später noch zweifelhaft geworden ist, weil er sich wahrscheinlich als eine atypische Psoriasis auf ichthyotischer Basis herausstellte.

In der Wiener Dermatologischen Gesellschaft stellt Pezzoli einen Fall von isoliertem Lichen ruber planus am Genitale einer Frau vor und Psoriasis an der angrenzenden Oberschenkelfläche. In der Diskussion hierzu bemerkt Finger, daß doch die Lokalisation des Lichen ruber planus an den weiblichen Genitalien im Gegensatz zu den männlichen seltener sei; auch sei die Form der Effloreszenzen ungewöhnlich, so daß deshalb doch die Diagnose noch nicht völlig gesichert zu sein scheint. Dazu bemerkt er, daß die Kombination von Lichen ruber mit Psoriasis selten sei.

In der berühmten Übersetzung von Kaposis Lehrbuch durch Besnier mit den ausgezeichneten Anmerkungen dieses hervorragenden Dermatologen findet sich auch die Bemerkung, daß Psoriasis und Syphilide doch so häufig sind, daß sie auch gelegentlich mit Lichen ruber zusammentreffen könnten, so daß auch hieraus hervorzugehen scheint, daß ihm dieses Zusammentreffen nicht gerade besonders häufig aufgestoßen wäre.

In dem alten Handbuch der Hautkrankheiten spricht Grosz bezüglich dieser Kombination lediglich von gleichzeitigem Bestehen dieser Erkrankungen und alternierendem Auftreten, ohne etwas Genaueres über die Häufigkeit anzugeben. In demselben Handbuch sagt Riecke in seiner klassischen Darstellung des Lichen ruber: Psoriasis und Lichen ruber planus sahen Pezzoli, Neumann, Schütz, Kaposi u. a., ohne sich über das Zusammentreffen dieser Affektion zu äußern, so daß man wohl aus der Äußerung von Grosz, wie der von Riecke schließen darf, daß es sich keineswegs hier um eine häufige Kombination handeln könnte.

Bei dem von Rostenberg berichteten Fall handelt es sich um eine 49jährige Russin, die seit 18 Jahren an Psoriasis gelitten hatte und bei der sich innerhalb drei Wochen ein Lichen ruber schnell über den ganzen Körper ausgebreitet hatte. Die Psoriasis verschwand gleichzeitig völlig bis auf psoriatische Nagelveränderungen. Eine genauere Krankengeschichte fehlt, so daß es speziell auch nicht als sicher angegeben werden kann, ob, wie es ja meistens ist, diese Psoriasis nicht eventuell doch auch mit Arsen behandelt worden ist.

Eine weitere Beobachtung schildert La Mensa, der bei einem 38jährigen Bauer eine seit 4 Jahren teils klinisch behandelte Psoriasis mit zahlreichen Pigmentflecken sah, bei der auch histologisch verifizierter Lichen ruber anularis sich entwickelte. Auch hier wird von Arsenbehandlung nichts erwähnt; immerhin können die starken Pigmentationen die Möglichkeit nahelegen, daß auch hier Arsen angewendet worden war.

Der markanteste Fall ist der von Marrz aus der Hammerschen Klinik in Stuttgart geschilderte.

Es handelt sich um eine 54jährige Frau mit Schuppenflechte, die sich vom 7. Lebensjahre bis zur Pubertät stark ausgebreitet hatte, dann jahrzehntelang auf Knie und Ellbogen beschränkt blieb und erst in den letzten Jahren mit Einsetzen des Klimakteriums sich wieder ausbreitete. Nach 14tägiger Anwendung von Solutio kali arsenicosi entwickelte sich eine Aussaat von stark juckenden hirsekorn- bis stecknadelkopfgroßen,

Digitized by Google

teils kegelförmigen, spitzen, teils polygonalen abgeplatteten oder gedellten Knötchen von gelblich-rötlicher bis bräunlich wachsartig glänzender Farbe, die an der gesamten Haut mit Ausnahme des Kopfes sich lokalisierten. Durch Aussetzen des Arsens entwickelte sich innerhalb von 5 Tagen ein Rückgang dieses doch sicheren Lichen ruber planus. Hier ist der Zusammenhang mit der Arsenmedikation wohl über jeden Zweifel sichergestellt.

In manchen Fällen scheint sich nach Arsengebrauch nicht immer ein typischer Lichen ruber, sondern ein Lichen corneus zu entwickeln. So konnte Liebner in Budapest eine 43jährige Frau mit Lichen-corneus-artigen, stark hyperkeratotischen Plaques mit reibeisenartiger Oberfläche und graubraunen Hornschuppen vorstellen, die sich zu einer seit 3 Jahren bestehenden Psoriasis hinzugesellt hatten. Die Patientin hatte einige Zeit vorher Solutio Fowleri genommen. Nach dem Aussetzen derselben heilte der Lichen mit Pigmentierung ab.

Wir sind sonst gewohnt, daß richtige Arsenkeratosen doch erst nach sehr langer Arsenbehandlung einsetzen, und gerade dieser Fall legt — wie auch Marx-Hammer das in ihrem Fall betonen — den Gedanken sehr nahe, daß hier eine doppelte Disposition von Psoriasis und Lichen ruber vorlag, wobei letzterer durch die Arsenmedikation geweckt wurde. Erinnert sei ferner an die bekannte und von dem einen von uns (Buschke) schon früher erwähnte englische Intoxikationsepidemie durch arsenhaltiges Bier (Brooke, Roberts), wo bei verschiedenen Individuen teils lichenoide, teils psoriasiforme Erscheinungen aufgetreten waren, wenn man nicht vom richtigen Lichen ruber und richtiger Psoriasis reden will.

Aus einzelnen der geschilderten Beobachtungen geht schon mindestens hervor, daß gelegentlich auf Psoriasis bei Arsenmedikation Lichen ruber folgt, daß möglicherweise auch spontan Kombination beider Affektionen vorkommt, wenngleich die Literatur keinen Aufschluß darüber gibt, ob nicht auch in diesen Fällen Arsen gebraucht wurde. Es scheint aber auch das Umgekehrte vorzukommen, daß auf Lichen ruber Psoriasis folgt. Wirz stellte einen Fall vor, bei dem ein Lichen ruber unter Arsen in 9 Monaten abheilte unter Bildung von Gemmen und Arsenmelanosen an den alten Lichen-ruber-Plaques. Dann traten plötzlich typische Psoriasisplaques an Ellbogen, Armen und Rücken auf, die sich sogar auf einer Lichen-ruber-Gemme entwickelten.

Zwei weitere Fälle von Psoriasbildung auf Lichen ruber sah nach Angabe von Rosenberg Graham Little. Über Arsenmedikation war nichts zu eruieren.

Anscheinend ist — das möchten wir hier bemerken — das Salvarsan mehr disponiert für den Lichen ruber planus. Das geht aus der großen Häufigkeit des Lichen ruber und der Lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexantheme hervor, die deshalb auch nicht mehr alle publiziert werden[1]). Ob das vielleicht auch mit der Lues zusammenhängt, bei der das Salvarsan gleichzeitig angewendet wird, ist unwahrscheinlich, wenngleich bekanntlich auch bei Lues spontan lichenoide bzw. Lichen-ruber-ähnliche

[1]) Es ist nicht ohne Interesse, daß die französischen Dermatologen anscheinend für die Behandlung des Lichen ruber das Salvarsan dem Arsen vorziehen.

Digitized by Google

Exantheme nicht so überaus selten sind, so daß die Frage, ob beide Faktoren eventuell die größere Häufigkeit des sozusagen experimentellen Lichen ruber bei Salvarsanbehandelten erst bedingen, nicht ganz abzulehnen ist.

Auf der anderen Seite möchte ich hervorheben, daß akute Hauteruptionen nach Gebrauch einfacher anorganischer und organischer Arsenpräparate gar nicht sehr häufig sind und daß wir vielmehr bei chronischem und intensivem Gebrauch dieselben zwar auch, aber hauptsächlich doch die Hyperkeratosen und Melanosen sehen.

Auch die neueren, interessanten und geistvollen Untersuchungen von Frey und von Nathan über die Beziehung der Hautallergie zum Salvarsan legen mir den Gedanken nahe, daß das Salvarsan nach dieser Richtung mit der Haut biologisch enger verknüpft ist, als vielleicht die einfacheren Arsenpräparate und daß hierdurch seine häufige lichenoide Wirkung bedingt sein könnte.

Für die vorliegende Frage dürfte es aber auch von nicht geringem Interesse sein, daß Klaar und Rosner in 4 Fällen im Anschluß an teils schwere Salvarsandermatitiden auch gleichzeitig Lokalisation typischer Psoriasis auftreten sahen. Auch ein Fall von Ramel verdient hier Erwähnung, der bei einem 51jährigen Mann nach einer Salvarsankur ein Exanthem auftreten sah, das auf Handtellern und Fußsohlen schuppende parakeratotische Herde, auf den Vorderarmen und Ellbogenstreckseiten psoriasiform schuppende Effloreszenzen zeigte, während auf dem Rücken Lichen-ruber-anularis-artige Bildungen auftraten. Ähnlich liegt der Fall von Frei und Tachau. Die Autoren sahen nach Salvarsandarreichung auf beiden Ellbogen psoriasiforme, stark schuppende Effloreszenzen und daneben an Rumpf und Extremitäten follikuläre Hyperkeratosen sich entwickeln, die zu Lichen-ruber-artigen Plaques konfluierten.

Es ist immerhin bemerkenswert, daß von anderen Autoren darauf hingewiesen wurde (Fönss, Afzelius), wie häufig (bis zu 8%) bei Psoriasis unter Arsendarreichung Hyperkeratosen beobachtet worden sind.

Aus diesem verhältnismäßig immerhin geringen Material scheint doch hervorzugehen, daß die Kombination von Psoriasis und Lichen ruber an sich nicht überaus häufig ist und daß auf der anderen Seite der Verdacht, daß auch hier das Arsen für die Lichen-ruber-Entstehung eine Rolle spielen kann, nicht von der Hand zu weisen ist.

Über die enge Beziehung beider Affektionen gehen manche französische Autoren gegenüber diesen erwähnten Beobachtungen unserer Ansicht nach viel zu weit, z. B. wenn Brocq und Pautrier behaupten — gestützt auf vereinzelte Beobachtungen —, daß ein Lichen ruber im Anfang unter dem Bilde einer Psoriasis oder einer trockenen psoriasiformen Parakeratose sich verbergen könne. Auch hier müßte festgestellt werden, inwieweit Arsen ätiologisch in Betracht kommt. Des weiteren kann man wohl zugeben, daß atypische Fälle der einen oder der anderen Krankheit es im einzelnen Fall gelegentlich unsicher machen könnten, wohin er zu stellen ist, aber im großen und ganzen handelt es sich doch — wenigstens was die Effloreszenzen betrifft und was die histologische Untersuchung ergibt — um scharf zu sondernde Affektionen, von denen ich auf Grund meiner eigenen Erfahrungen und dem in der Literatur

Digitized by Google

niedergelegten Material bezweifeln muß, ob sie spontan jedenfalls häufiger vorkommen. Und da bekanntlich die Psoriasis in einem überwiegenden Teil der Fälle mit Arsen behandelt wird, muß der Verdacht doch entstehen, ob nicht in diesen scheinbar spontanen Fällen auch das Arsen in Betracht kommt, zumal in früherer Zeit, bevor wir unsere Salvarsanbeobachtungen machten, diese Idee fern lag. Hat doch ein so ausgezeichneter Beobachter wie Jadassohn bei seinen ersten Beobachtungen von Salvarsan und Lichen die Frage des Zusammenhangs zuerst auch übersehen. Es scheint nun auch, daß nicht allein das Arsen hierfür in Betracht kommt, sondern auch andere Metalle. So hat neuerdings Hufschmidt während der Goldbehandlung einer Psoriasis bei einem jungen Mädchen einen Lichen ruber der Wangenschleimhaut entstehen sehen, und auch bezüglich des Thalliums ist nach meiner Kenntnis einmal in der Literatur die Entstehung eines Lichen ruber hierbei erwähnt. Es ist uns nicht möglich gewesen, diesen Fall wieder aufzufinden.

Auf Grund unserer Auffassung der konstitutionellen Natur der Psoriasis — entsprechend der Anschauung von Šamberger — und unserer gleichen Auffassung vom Lichen ruber kann es uns nicht wunderbar erscheinen, daß auch andere Metalle, die ja wohl doch größtenteils Sympathikusgifte sind, sowohl die eine wie die andere Affektion, die auch spontan auf dieser Basis sich entwickeln dürfte, durch irgend welche Reize in diesem Gebiet hervorrufen können. Im Vordergrund steht allerdings die Beziehung des Arsens als ein Mittel, welches nach vielfältigen Erfahrungen besonders innige Beziehungen zum Hautorgan aufweist und deswegen in seinen verschiedenen Anwendungsformen imstande ist, ganz besonders leicht bei bestehender Disposition die betreffenden Effloreszenzen hervorzurufen.

Ich habe schon früher bei den Salvarsanexanthemen erwähnt, welche große allgemein biologische Bedeutung diese Frage im Sinne der Homöopathie hat; es dürfte kaum ein markanteres Beispiel für diese prinzipielle Richtigkeit des homöopathischen Gedankens, wenn er nicht zu weit ausgedehnt wird, geben, als die Erzeugung des Lichen ruber und der Lichen-ruber-artigen Exantheme durch das Arsen, das ja von altersher als Spezifikum für diese Affektion gilt und auch in geringem Maße seine analogen Beziehungen zur Psoriasis.

Immerhin halten wir das vorliegende Material nicht für völlig ausreichend, um dieses sowohl dermatologisch wie allgemein biologisch wichtige Problem als gelöst anzusehen, sondern wir möchten durch diese kleine Publikation dazu anregen, der Frage: Kombination von Psoriasis und Lichen ruber und deren Beziehungen zum Arsen noch einmal nachzugehen, speziell auch ältere eigene Beobachtungen — wenn sie gut gebucht sind — daraufhin durchzusehen und zu revidieren. Denn nur durch eine große Zahl von Beobachtungen, wie sie nunmehr von Lichen ruber durch Salvarsan schon vorliegt, kann diese Frage schließlich geklärt werden.

Literatur

Afzelius, Act. derm.-venerol., 1922, Bd. 3, S. 411. — Baum, Derm. W., 1928, Bd. 86, Nr. 16. — Brocq, Bull. de Derm. et Syph., 1927, Nr. 7. — Brooke und Roberts, Brit. J. of Derm., 1901, Bd. 13. — Buschke und Langer, Derm. W., 1923,

Digitized by Google

Bd. 76. — Fönss, Derm. Zschr., 1922, Bd. 37. — Frei und Tachau, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 141. — Hufschmidt, Bull. de Derm. et Syph., 1927, Nr. 7. — Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten. — Klaar und Rosner, Derm. Zschr., Bd. 42, S. 126. — Kogoj, Bull. de Derm. et Syph., 1927, Nr. 7. — La Mensa, Arch. f. Derm., Bd. 105, S. 235. — Liebner, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 19, S. 603. — Marx, Derm. W., 1924, Bd. 78. — Pautrier, Bull. de Derm. et Syph., 1927, Nr. 9. — Perzoli, Arch. f. Derm., 1898, Bd. 45. — Ramel, Arch. f. Derm., Bd. 14, S. 227. — Rosenbaum, Act. derm.-venerol., 1925, Bd. 6. — Rostenberg, Arch. of Derm. and Syph., 1922, Bd. 6. — Šamberger s. Kogoj. — Wirz, Zbl. f. Haut- u. Geschechtskrkh., 1926, Bd. 21, S. 143.

Aus dem Staatlichen Venerologischen Institut auf den Namen Prof. W. M. Bronnerr in Moskau (Direktor Prof. N. S. Efron)

Über eine seltene Form des Lichen planus (Lichen planus annulatus atrophicus)

Von

Dr. L. N. Maschkilleisson und Dr. B. N. Silbermann, Assistenten

Mit 4 Abbildungen im Text

Vor 40 Jahren (1887) beschrieben Hallopeau und Darier zum erstenmal die atrophische Form des Lichen planus (Hallopeau unter der Benennung „Lichen plan atrophique“ und Darier als „Lichen plan sclereux“, in beiden Fällen war von ein und derselben Kranken die Rede). Seit jener Zeit sind noch viele Arbeiten erschienen, welche diese eigenartige Form des Lichen behandelten, und an erster Stelle müssen die Arbeiten von T. Pawlow, Zarubin, Wechselmann, Zumbusch, Vignolo-Lutati, Fischer, E. Hoffmann, Milian, Reiss, Gaucher, Barbe und Balli u. a. genannt werden.

Wir hatten Gelegenheit, zwei Fälle von Lichen ruber planus annulatus atrophicus zu beobachten:

1. Fall. Ein 48jähriger Friseur[1]), Moskowiter, verheiratet. Ob er Kinderkrankheiten gehabt hat, weiß er nicht zu sagen. Vor 8 Jahren hatte der Kranke lange Zeit einen stark juckenden, nicht nässenden Ausschlag in der Kniehöhle gehabt. Der Vater des Patienten war mit 56 Jahren an Lungenentzündung gestorben, die Mutter mit 36 Jahren an derselben Krankheit. Die Mutter des Kranken hatte 8 normale Schwangerschaften durchgemacht; 2 Kinder waren im frühen Kindesalter aus dem Kranken unbekannten Ursachen gestorben; 2 Brüder des Patienten waren im Kriege gefallen, die übrigen Geschwister waren gesund. Syphilis, Tuberkulose, psychische Erkrankungen waren, nach Angabe des Kranken, in der Familie nicht vorgekommen. Die Frau des Patienten war gesund und hatte 4 normale Schwangerschaften durchgemacht; ein Kind war im frühen Kindesalter an einer Darmkrankheit gestorben, ein zweites Kind mit 5 Jahren an Scharlach, und die 2 übrigen Kinder waren gesund.

Die gegenwärtige Erkrankung des Patienten hatte vor einem Jahre begonnen, als der Kranke auf der Haut des unteren Teiles des Bauches, rechts, zuerst einen kleinen, stark juckenden roten Streifen bemerkte. Dieser rote Streifen wurde immer größer, bis er einen Kreis bildete. Nach 3—4 Monaten zeigte sich derselbe Ausschlag nur kleineren Umfanges auch an anderen Teilen des Körpers, und zwar auf der Haut der oberen und unteren Extremitäten und etwas später auf der Haut des Rückens und des rechten

---

[1]) Der Kranke wurde von Dr. Maschkilleisson auf der Sitzung der Moskauer Dermatologischen Gesellschaft auf den Namen Prof. A. I. Pospeloffs am 3. III. 1927 demonstriert.

Digitized by Google

Gluteus. Alle erkrankten Teile juckten sehr stark, und die krankhaften Erscheinungen wuchsen langsam an; am schnellsten wuchs der Anfangsherd auf der Haut des Bauches. Die Behandlung mit Salben hatte auf den Prozeß keine wesentliche Wirkung, benahm nur ein wenig den Juckreiz; in der letzten Zeit waren viele neue Scheiben entstanden, und das Jucken wurde sehr quälend.

Der Kranke war mittleren Wuchses, von kräftigem Körperbau und gut genährt. Ein scharfer roter Dermographismus war zu beobachten. Die Schweiß- und Talgabsonderungen waren normal. Das Haar und die Nägel unverändert. Auf der Haut des Körpers war eine große Menge kleiner Angiome verstreut.

Auf der Haut des Bauches, rechts, in der Höhe des Nabels, lag eine Scheibe von einer rundverschlungenen Linie begrenzt, von 5 cm im Durchmesser (Abb. 1). Der Rand dieser Scheibe trat über der Fläche der normalen Haut in Form einer wallartigen Erhöhung hervor, war fest, von rötlich-rosa Farbe, mit einer unbedeutenden Menge leicht entfernbarer Schuppen bedeckt und schien vollständig massiv, in der Umgegend war keinerlei Ausschlag zu bemerken. Der zentrale Teil der Scheibe war atrophisch

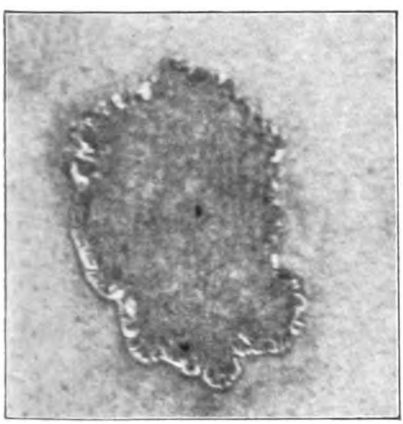


Abb. 1

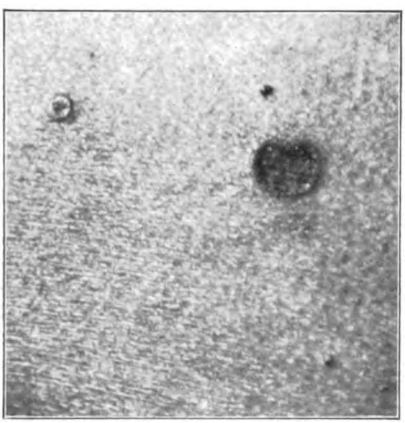


Abb. 2

und fleckig pigmentiert. Scheiben desselben Charakters, jedoch von regelmäßiger, ringartiger Form mit mehr oder weniger starker Atrophie der zentralen Teile, befanden sich noch an verschiedenen Stellen: zwei Herde auf der Beugeseite des rechten Oberarmes, ein Herd auf der inneren Fläche der linken Schulter, ein Herd auf der Beugeseite des linken Ellenbogens, drei Herde auf dem Rücken, auf der mittleren Linie, näher zum Kreuz, ein Herd auf dem rechten Gluteus, zwei Herde auf der äußeren Fläche der rechten Hüfte, ein Herd in der rechten Kniehöhle, ein Herd auf der vorderen Oberfläche der linken Wade und ein Herd auf der äußeren Oberfläche derselben Wade. Alle die erwähnten 13 Scheiben von regelmäßiger annulärer Form bildeten geschlossene Ringe mit mehr oder weniger pigmentiertem atrophischem Zentrum. Der Durchmesser dieser Scheiben schwankte zwischen $1^1/_2$ mm und 5 cm. Das kleinste Ringchen lag auf der Haut des Rückens in der Nähe des Kreuzes (Abb. 2). Außer den „vollständigen" Ringen gab es auch zwei nicht vollständig geschlossene Ringe auf der seitlichen Oberfläche der Brust und einen in der Nähe der linken Wade. Auf diese Weise hatte der Kranke im ganzen 16 Erkrankungsherde, wobei jedoch die einzelnen typischen Knötchen des Lichen planus nirgends festgestellt werden konnten. Die Untersuchung der abgerissenen Schuppen auf Pilze hin sowie die Aussaaten waren negativ. Die Schleimhaut im Munde war unverändert. In bezug auf die inneren Organe waren keine Abweichungen vom normalen Zustand zu bemerken. Was das Nervensystem anbetrifft, so wurde Reizbarkeit und Tremor der Finger an den Händen festgestellt; der Urin war N. Die WR und SGR negativ; die Pirquet-Reaktion ebenfalls negativ. In bezug auf die Leukozytenformel wurden 6% Eosinophilen festgestellt.

Digitized by Google

Zur histologischen Untersuchung wurde ein Teil der größten Scheibe auf der Haut des Bauches biopsiert, wobei auch ein klinisch normaler Teil der Haut mitgenommen wurde. Histologisch war es auch gelungen, 3 Hautbezirke festzustellen: die normale Haut, den infiltrierten Hautbezirk, welcher dem Ringe entsprach, und den atrophischen Bezirk, welcher dem inneren Teil der Scheibe entsprach.

Der Teil des Präparates, welcher klinisch dem Ringe entsprach (Abb. 3), ein herdartiges, dichtes lymphozytäres Infiltrat in der papillaren und subpapillaren Schicht des Derma; die untere Grenze des Infiltrates bricht scharf ab, so daß schon der mittlere Teil des Derma fast vollständig frei von demselben ist. Die plasmatischen und gigantischen Zellen fehlen. Die Gefäße im oberen Teil des Derma sind erweitert. In der Gegend des Infiltrates fehlt das elastische Gewebe vollständig. Die Epidermis über dem Infiltrat ist breiter als normal, die Zahl der Reihen des Stratum granulosum nimmt

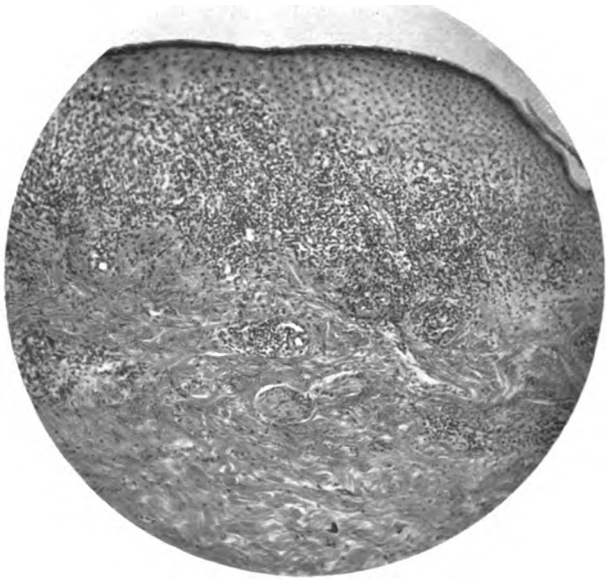


Abb. 3. Hämatoxylin-Eosin. Der Teil des Präparates, welcher dem Walle entsprach

stellenweise zu. In den Zellen des Rete Malpighii zeigen sich Erscheinungen einer trüben Schwellung und stellenweise altération cavitaire; die Epidermis ist mit einer Menge von Zellen des Infiltrats durchzogen, wobei die Grenze zwischen der Epidermis und dem Derma verschwimmt und nicht zu unterscheiden ist.

Der Teil des Präparates, welcher klinisch dem atrophischen inneren Teil der Scheibe entspricht: die bedeutendsten Veränderungen beziehen sich auf das elastische Gewebe, welches in der Papillar-, Subpapillar- und oberen Hälfte der Retikularschicht des Derma viel weniger dicht geworden ist (Abb. 4); degenerative Veränderungen des Elastins lassen sich nicht feststellen. Das kollagene Gewebe ist etwas weniger dicht als bei der Norm. Das verstreute, kleine, vorzugsweise rundzellige Infiltrat liegt in der Subpapillarschicht des Derma; die Papillen sind stellenweise verwischt. Die Epidermis ist auf Kosten des Stratum granulosum und des Stratum spinosum bedeutend dünner geworden; die interpapillaren Zapfen sind verkürzt und ragen nicht wie gewöhnlich in das Derma hinein.

Der Kranke befand sich gegen ein Jahr lang unter Beobachtung und erst bei einem seiner letzten Besuche konnten einzelne typische lichenoide Knötchen auf der Haut der Schulter konstatiert werden, während sie während der ganzen Beobachtungszeit gefehlt hatten. Dieser Umstand hatte in der ersten Zeit, vor dem Resultat der

Digitized by Google

histologischen Untersuchung, die Diagnostik ein wenig erschwert (die Differentialdiagnose wurde zwischen Lichen planus, Granuloma annulare und der präkanzerösen Dermatose Bowens gestellt). Es ist interessant, auf die vollständige Erfolglosigkeit der Therapie in dem gegebenen Falle hinzuweisen: sowohl AS, die Behandlung mit Salben (Unnas Salbe, Schwefel-Teersalbe u. a.) und die Injektionen von Hg bijodati, als auch die Röntgenisation hatten gar keinen Erfolg, im Gegenteil, es entstanden sogar immer neue Ringe.

2. Fall. Ein 20jähriger Lithograph, unverheiratet. In bezug auf die Erblichkeit konnte nichts Pathologisches nachgewiesen werden. Der Vater war 54, die Mutter 53 Jahre alt und ebenso wie 2 Schwestern und ein Bruder des Kranken vollständig gesund; Syphilis, Tuberkulose und irgend welche Hautkrankheiten waren nach der Angabe des Kranken in der Familie nicht vorgekommen.

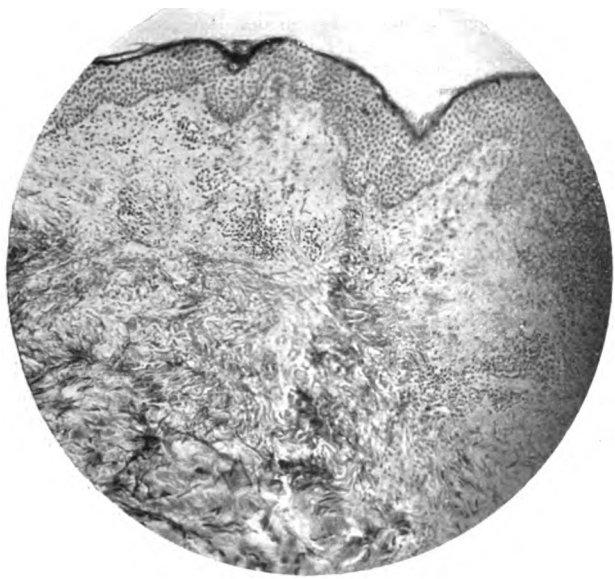


Abb. 4. Weigert-Färbung. Der Teil des Präparates, welcher klinisch dem atrophischen inneren Teil der Scheibe entspricht. Die bedeutendsten Veränderungen beziehen sich auf das elastische Gewebe

Von Kinderkrankheiten hatte der Patient mit 8 Jahren Scharlach ohne Komplikationen durchgemacht. Im vorigen Jahre hatte sich auf der Haut des Körpers, besonders in der Kreuzgegend, ein nicht sehr dichter Ausschlag gezeigt, welcher von den Ärzten als Urtikaria diagnostiziert wurde. Der Ausschlag war mit mäßigem Jucken verbunden und nach einigen Wochen von selbst vergangen.

Der jetzige Ausschlag hatte vor 5—6 Wochen begonnen. Zuerst hatte der Kranke einen kleinen Ring auf der rechten Hand bemerkt, darauf einen auf der Haut des Penis, und in den letzten Tagen war derselbe Ausschlag auf dem Halse erschienen. Die kranken Hautteile juckten zeitweise. Von dem Vorhandensein des gleichen Ausschlages auf anderen Hautteilen hatte der Kranke bis zur Untersuchung nichts gewußt. Der Kranke war mittleren Wuchses und von regelmäßigem Körperbau. Die subkutane Fettschicht war genügend entwickelt, die Haut und die sichtbaren Schleimhäute von normaler Färbung. Die Schweiß- und Talgabsonderungen waren N. Ein scharf ausgesprochener Lichen pilaris war auf den von demselben gewöhnlich befallenen Stellen zu sehen.

In bezug auf die inneren Organe: Exspiration in beiden Lungenspitzen; Röntgenoskopie der Lungen: Trübung beider Lungenspitzen, Infiltration der Hiluse, Peribronchiten, Verschmelzung mit der rechten Kuppel des Diaphragmas. In bezug auf das Nerven-

Digitized by Google

system: Reizbarkeit, zuweilen Kopfschmerzen. Objektiv: Tremor der Augenlider, der Zunge, der Finger, der ausgestreckten Hände. Empfindlichkeit bei Druck auf die peripherischen Nervenstämme. Nicht scharf ausgeprägter roter Dermographismus.

Urin N. WR und SGR zweimal negativ, Pirquet-Reaktion positiv.

Morphologische Zusammensetzung des Blutes: Hb 80%, Erythrozyten 4800000, Leukozyten 7200; leukozytäre Formel N.

Auf der Haut der äußeren Beugeseite der rechten Schulter, auf der Haut des Penis, auf dem Kreuz, auf dem Rücken in der Gegend der Schulterblätter und auf der hinteren Oberfläche des Halses lagen 9 ringartige Gebilde von der Größe einer Linse bis zu einer Silbermünze von 10 Kopeken. Die erwähnten Gebilde bestanden aus einem peripherischen infiltrierten Wall, welcher nur wenig über die Hautoberfläche hinausragte und aus dicht gelegenen kleinen Knötchen bläulich-roter Farbe und einem eingefallenen Zentrum gebildet waren.

Die Knötchen, welche den Wall bildeten, opaleszierten stellenweise und erinnerten stark an die kleinen festen Bläschen der Dysidrosis. Sie bedeckten die Haut so dicht, daß der Wall auf den ersten Blick ganz gleichmäßig erschien, und waren in einem so regelmäßigen Kreise verteilt, als ob derselbe abgezirkelt wäre, so daß man wirklich den Eindruck gewann, als wären „Ringe" auf die Haut gelegt. Einige dieser kleinen Ringe waren mit feinen silberglänzenden Schuppen bedeckt, in deren Bestand nach Abreißen derselben als auch in deren Aussaat keine Pilze gefunden wurden. An den beiden größten Ringen, auf der rechten Schulter und dem rechten Schulterblatt, war der zentrale Teil pigmentiert und atrophiert, während auf dem Walle selbst keine einzelnen Knötchen zu unterscheiden waren. Auf der Präputialvorhaut neben einem mit dem obenerwähnten vollständig analogischen ringartigen Gebilde von der Größe einer kleinen Linse befand sich eine Gruppe polygonaler lichenoider Knötchen, welche in Form des Buchstaben „S" verteilt lagen.

Zur histologischen Untersuchung wurde ein Teil der Haut in der Gegend der Schulterblätter biopsiert, wo der Ring von der Größe einer Silbermünze von 10 Kopeken mit dem atrophierten Zentrum lag.

Histologische Untersuchung: Der Teil des Präparates, welcher dem Walle entsprach, bildete ein dichtes, scharf abgegrenztes, hauptsächlich lymphozytäres Infiltrat. Das Infiltrat erstreckte sich auf die obersten Teile der Haut selbst. Das elastische Gewebe fehlte vollständig. Die Epidermis über dem Infiltrat war breiter als bei der Norm. Die Papillen waren verwischt, stellenweise zeigten sich Erscheinungen trüber Schwellung. Im zentralen Teile des Herdes scheint die Epidermis schmäler, die interpapillaren Zapfen reichten fast gar nicht in das Derma hinein, die Basalschicht war reich an Pigment. Das elastische Gewebe war viel weniger dicht und bildete stellenweise abgerissene Stücke oder fehlte sogar gänzlich.

In beiden beschriebenen Fällen gab es außer den ringartigen Scheiben auch unvollständige Ringe, wobei die Größe der Scheiben bedeutend schwankte; der Unterschied in der Größe der Scheiben war besonders deutlich bei dem ersten Kranken zu sehen, bei welchem neben einem Ringe von 5 cm im Durchmesser kleine Ringe mit nur einigen Millimetern im Durchmesser lagen. Bei dem zweiten Kranken überstieg der Durchmesser der Ringe überhaupt nicht 7—8 mm, während sich auf der Präputialhaut ein ganz kleiner Ring von regelmäßiger Form und einem Durchmesser von nur 1—1½ mm befand. Neben diesem kleinen Ringe waren bei dem zweiten Kranken noch bogenförmig gelegene, kleine lichenoide Knötchen zu bemerken.

Die Wälle selbst waren im ersten Falle ausschließlich massiv, während sie im zweiten Falle größtenteils aus einzelnen Knötchen bestanden.

Was den Mechanismus der Entstehung der annulären Formen des Lichen ruber planus betrifft, müssen wir drei Möglichkeiten ins Auge fassen:

1. Mehrere lichenoide Knötchen sind kreisförmig angeordnet und bilden auf diese Weise einen Ring, dessen zentraler Teil vollständig normal ist. Der Ring selbst wird in diesem Falle aus einzelnen Knötchen bestehen.

2. Von einer ovalen Papel bleibt durch Resorption ihres zentralen Teiles ein ringartiger Kranz des nichtresorbierten Infiltrates übrig. In

Digitized by Google

diesem Falle wird der Ring selbst massiv sein, während das Zentrum deutliche Pigmentation aufweisen wird. Diese Form ist häufig auf der Haut des Penis und des Skrotum zu sehen und kann leicht mit einem ringartigen papulösen Syphilid verwechselt werden.

3. Der ringartige Kranz des nicht resorbierten Infiltrates ist nicht das Resultat der Resorption einer ovalen Papel, sondern einer ganzen Fläche, welche durch Anhäufung einzelner Lichenknötchen entstanden war. Auch in diesem Falle ist der zentrale Teil mehr oder weniger pigmentiert.

Literatur

1. Abramowitz, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 15, S. 56. — 2. Balzer u. Barthélemy, Bull. de la soc. franç. de Derm. et de Syph., 1914, Nr. 6, S. 320. — 3. Baum, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 11, S. 382. — 4. Briel, Derm. W., 1927, Bd. 85, Nr. 48. — 5. Buschke u. Sklarz, Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 24. — 6. Darier, Union méd., 1887, S. 742; Ann. de Derm. et de Syph., 1892, S. 833. — 7. Eddowes, Derm. W., 1915, Nr. 49, S. 1132. — 8. Fischer, W., Arch. f. Derm., 1911, Bd. 110, S. 159. — 9. Galloway, Brit. J. of Derm., 1899, S. 221. — 10. Gougerot u. Blum, Bull. de la soc. franç. de Derm. et de Syph., 1914, Nr. 5, S. 264. — 11. Hallopeau, Ann. de Derm. et de Syph., 1887, S. 790; 1889, S. 447. — 12. Kingsbury, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 12, S. 77. — 13. Lebenstein, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 18, S. 147. — 14. Milian, Bull. de la soc. franç. de Derm. et de Syph., 1925, Nr. 3, S. 112. — 15. Morris, Brit. J. of Derm., 1894, Nr. 6, S. 216. — 16. Murero, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 9, S. 302. — 17. Pernet, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 7, S. 477. — 18. Pincus, Arch. f. Derm.. 1902, Bd. 60. — 19. Queyrat u. Pinard, Bull. de la soc. franç. de Derm. et de Syph., 1914, Nr. 5, S. 260. — 20. Pawlow, T., Med. Rundsch., 1894. — 21. Stettler, Arch. f. Derm., Bd. 132, S. 314. — 22. Vignolo-Lutati, Derm. W., 1912, Bd. 54, Nr. 4. — 23. Wechselmann, Arch. f. Derm., 1904, Bd. 71, S. 333. — 24. Wechselmann u. Unna, Arch. f. Derm., Bd. 132, S. 458. — 25. Zarubin, Arch. f. Derm., 1901, Bd. 58, S. 323.

Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover
(Direktor: Prof. Dr. Stümpke)

Fall eines Präputialsteines von ungewöhnlicher Größe

Von

Dr. med. Bernward H. U. Mohrmann, Oberarzt

Mit 2 Abbildungen im Text

Wenn schon das Vorkommen von Präputialsteinen kein häufiges Ereignis darstellt, so sind Steine von der Größe des von uns gefundenen nur äußerst selten in der einschlägigen Weltliteratur angegeben worden. Es ist sicherlich kein Zufall, daß sich bei der Durchsicht der Literatur der letzten 15 Jahre ein Fall von einem größeren als dem hier beschriebenen Stein nur in einer Publikation eines aus China stammenden Falles fand. Das Anwachsen eines Präputialsteines bis zu einem Durchmesser von 3 und mehr Zentimetern ist eigentlich nur denkbar in einer Gegend, in der die sanitäre Versorgung noch recht primitiv ist, vorausgesetzt, daß nicht eine starke Indolenz bei dem betreffenden Individuum besteht, wie dies bei unserem Patienten der Fall war. In dem aus China von Wilford berichteten Fall hatte der bei einem 52jähr. Mann gefundene

Digitized by Google

Stein einen Durchmesser von 3,6 cm. Von WAKIMOTO wird aus Japan von dem Vorkommen eines Steines bei einem 21jähr. Mann von 3,2 × 2,6 cm, d. h. annähernd gleicher Größe wie unser Stein, berichtet. OELZE publizierte einen Fall, bei dem er 2 Präputialsteine fand. Der Fall interessiert mehr in klinischer Beziehung als durch die Größe der Steine, die nur ein Gesamtgewicht von 4,7 g ergaben.

Die Entstehungsmöglichkeiten der Präputialsteine sind schon seit längerer Zeit bekannt. Man unterscheidet primäre und sekundäre Präputialsteine, letztere entstehen durch Überkrustung von aus den oberen Harnwegen stammenden Steinen, die durch Phimose des Präputiums in diesem zurückgehalten werden. Präputialsteine ohne Phimose, wie sie HEYMANN bei einem Patienten fand, werden, durch die Natur der Sache bedingt, wohl nur äußerst selten gefunden werden, da eine exzeptionelle Unsauberkeit die conditio sine qua non ist. Primäre und sekundäre Präputialsteine lassen sich leicht durch Gewicht, Härte und Aussehen der Schnittflächen nach dem Durchsägen des Steines unterscheiden. Unser Fall erwies sich als ein primärer Präputialstein.

Es handelte sich um den Invaliden, Schuhmacher Aug. F., 77 Jahre, der aus einem Altersheim am 28. III. 1928 wegen „Phimose mit Entzündung der Eichel" überwiesen wurde. Anamnestisch war von dem geistig stumpfen Pat. nicht viel zu erfahren; daß er seit Kindheit eine Verengerung der Vorhaut hätte und seit 2—3 Jahren an einer harten Geschwulst der Eichel litte, die ihm keine nennenswerten Beschwerden gemacht habe, abgesehen von seit Wochen bestehenden Schmerzen beim Urinieren. In den letzten Tagen sei das Urinieren nur tropfenweise möglich gewesen. Ernstlich krank will er nie gewesen sein, Geschlechtskrankheiten werden negiert. Im letzten Jahre habe er stark an Gewicht abgenommen.

Status praesens: Mittelgroßer, gebeugt gehender, blasser Pat., in schlechtem Kräfte- und Ernährungszustand.

Deutlicher Arcus senilis beider Augen. Pupillen reagieren auf Lichteinfall und Konvergenz.

Über beiden Lungen leichte bronchitische Geräusche; Herz o. B.

Reflexe normal.

Drüsen o. B., Inguinaldrüsen kaum palpabel.

WR —, MTR —, Guttadiaphot verdächtig auf positiv.

Blutsenkungsgeschwindigkeit: 32 mm in der Stunde.

Präputium prall gespannt, stark verdickt und sklerotisch verändert, aber nicht entzündlich gerötet. Orifizium fast bis auf Stecknadelkopfgröße verengt. Durch die Vorhaut kann man einen Tumor von Pflaumengröße tasten, der „steinhart" und nicht druckschmerzhaft ist und für die pathologisch veränderte Glans gehalten wird. Aus der Öffnung des Präputiums fließen bei Druck einige Tropfen einer dünnen, gelblich trüben Flüssigkeit von ammoniakalischem, nicht jauchigem Geruch ab. Eine Untersuchung mit der Sonde findet nicht statt, da die Glans durch Dorsalinzision freigelegt werden soll.

Das Urinieren ist nur tropfenweise möglich. Es werden Spülungen mit Kal. perm. verordnet, die sich wegen der Verengerung nur schwer durchführen lassen.

Am zweiten Tage wird nach Lokalanästhesie eine Rinnensonde unter das Präputium geschoben. Die Einführung ist nur unter Anwendung von leichter Gewalt möglich, die Unterlage fühlt sich rauh an. Die Dorsalinzision wird mittels Scherenschlag ausgeführt. Nach Öffnung des Präputialsackes zeigt sich ein schwach gelblichbraun gefärbter Stein mit rauher, poröser Oberfläche, er kann aber wegen seiner Größe erst, nachdem auch eine Ventralinzision ausgeführt ist, zutage gefördert werden.

Der Stein ist 3,25 cm lang und 2,6 cm dick. Wo er der Glans auflag, hat er eine deutliche Eindellung, die ein Negativ des vordersten Teiles der Glans darstellt, Gewicht 10,47 g. Nach Durchsägung erkennt man eine deutliche Schichtung, die konzentrisch angeordnete Schichtung läßt abwechselnd Schichten von kristallinisch und porösem Aussehen neben Schichten von mehr kompaktem Aussehen unterscheiden.

Digitized by Google

Die chemische Untersuchung wurde in dankenswerter Weise von Herrn Dr. Ing. G. SOIKA, Leiter des chem.-physiol. Inst. des Krankenhauses I, ausgeführt. (Die genauen Ergebnisse der Analyse des Steines sollen demnächst in einer gemeinsamen Arbeit besonders gewürdigt werden.) Bei den chemischen Untersuchngen fanden sich hauptsächlich Kalzium, Magnesium, Phosphorsäure und Urate. Die organische Substanz, die in den äußeren Schichten 18,44, in den inneren 42,58 g/% betrug, bestand in der Hauptmenge aus Harnsäure bzw. Uraten.

Das stark verdickte Präputium wies an den dem Stein korrespondierend gelagert gewesenen Partien entzündlich veränderte Schleimhaut auf, die den Eindruck einer beginnenden Leukoplakie machte. Durch die mikroskopische Untersuchung der Schnittpräparate konnte eine maligne Entartung ausgeschlossen werden. Es fand sich außer beträchtlicher Verdickung der Epithelschicht nur kleinzellige Infiltration, ohne Besonderheiten.

Abb. 1. Präputialstein

Abb. 2. Schnittfläche des Steines

Das Orificium urethrae war etwas verengt; doch konnte der Urin nach der Entfernung des Steines ohne Beschwerden gelassen werden. Pat. klagte nur noch über leichtes Brennen kurz nach dem Urinieren.

Der Urin war stark trübe. Z —, E in geringer Menge nachweisbar (Sulfosalizylsäureprobe ergibt Opaleszenz). Der Urin ist deutlich ammoniakalisch (Geruch; um darüber gehaltenen, mit Salzsäure benetzten Stab entwickeln sich Salmiakdämpfe; die Blaufärbung von Lackmuspapier verschwindet nach Auftrocknen an der Luft wieder). Beim Stehen setzt der Urin eine große Menge eines zähschleimigen, weißlichen Sedimentes ab.

Im Sediment finden sich mikroskopisch in großer Menge phosphorsaures Ammoniak — Magnesia (Sargdeckelkristalle) neben geringen Mengen von harnsaurem Ammoniak (Stechapfelform). Außerdem sind nachweisbar zahlreiche Leukozyten, mäßige Mengen von Epithelien (keine geschwänzten), vereinzelte Erythrozyten, Schleimfäden und Kokken. Von dem steril aufgefangenen Harn werden Nährbödenimpfungen vorgenommen, die Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes albus ergeben.

Nach erfolgloser Behandlung der Harninfektion mit den üblichen per os gegebenen Harndesinfizientien entschlossen wir uns, angeregt durch

Digitized by Google

die Veröffentlichung von H. Strauss-Wildungen über die Verwendung von Neosalvarsan bei Harninfektionen, zu der Anwendung dieses Mittels, zumal Strauss gerade bei Staphylokokkeninfektionen bei alkalisch bzw. ammoniakalisch reagierendem Urin Heilerfolge sah. Wir gaben in zweitägigen Abständen 3 Neosalvarsaninjektionen (0,15, 0,15 und 0,3 g) mit gutem Erfolg. Der Urin wurde fast klar (geringe wolkige Trübung) und im Sediment konnten keine Kokken mehr nachgewiesen werden. Das Umschlagen der alkalischen Reaktion des Urins in eine saure konnten wir bereits 1 Stunde nach der 1. Injektion konstatieren. Ob es sich bei dem Pat. um einen Dauererfolg handelt, konnten wir nicht mehr feststellen, da der Pat. aus äußeren Gründen kurz nach der Neosalvarsanbehandlung aus dem Krankenhaus entlassen werden mußte. Die Entlassung erfolgte beschwerdefrei, Brennen in der Harnröhre nach dem Urinieren bestand nicht mehr.

Differentialdiagnostisch war der Fall insofern interessant, als man vor der Operation ohne Untersuchung mittels Sonde in erster Linie an ein Carcinoma glandis penis denken mußte. Die seltene Induratio penis plastica (Delaborde) konnte durch den Palpationsbefund (Freisein der Corpora cavernosa des Penisschaftes) ausgeschlossen werden. Für die Diagnose Ca. sprach der Palpationsbefund — es war unter dem sklerotisch verdickten Präputium nur ein harter Tumor zu tasten. Eine Abgrenzung von Glans und Stein war nicht möglich, zumal der Stein sich fast kappenartig der Glans fest aufgelegt hatte; unterstützt wurde eine derartige Diagnose noch durch das Alter des Patienten, die starke Gewichtsabnahme der letzten Zeit und die lange Zeit bestehende Phimose, die ja bekanntlich die Bildung von Epitheliomen begünstigt. Gegen die Diagnose Ca. sprachen das Fehlen von jauchig verändertem Ausfluß aus dem Präputialsack und das Fehlen von Metastasenbildung in den regionären Lymphdrüsen bzw. das Freisein des dorsalen Lymphstranges.

Literatur

Heymann, Arnold, Präputialsteine ohne Phimose. Zschr. f Urol., 1927, Bd. 21. — Nakano, Chem. u. urol. Stud. über die Entwicklung d. urol. Konkremente. Jap. J. of Derm. a. Urol., 1926, Bd. 24. — Oelze, Ein Fall von Präputialsteinen bei einem Erwachsenen. Derm. W., 1923, Nr. 1. — Strauss, Heinz, Neosalvarsan in der Behandlung von Harninfektionen. Zschr. f. Urol., 1927, Bd. 21. — Thomson, Urinary calculus at the Canton Hospital. China Surg. Gynecol. a. Obstetr., 1921, Bd. 32. — Wakimoto, Über einen sehr seltenen Fall von primärem Präputialstein. Jap. J. of Derm. a. Urol., 1927, Bd. 26. — Wilford, Remarkable Praeputial calculus. China Med. J., 1927, Bd. 39.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Dermatologische Zeitschrift

1928, Bd. 53

(Schluß)

Über die Vererbung der Hydroa vacciniforme, von E. Hofmann, Derm. Univ.-Klinik Frankfurt a. M. S. 301. Verf. hat an Hand von Kirchenbucheintragungen festgestellt, daß zwei bisher als solitär bezeichnete Fälle Verwandtschaft aufweisen, und zwar sind die Urgroßmutter der einen und die Großmutter der anderen Patientin Geschwister gewesen. In einem Fall lag Konsanguinität der Eltern im fünften Grade vor. Damit ist auch die Annahme des rezessiven Erbganges erwiesen. Im zweiten Fall ist sie wahrscheinlich.

Haut und Tuberkelbazillen, von A. Jesionek, Univ.-Hautkl. Gießen. S. 310. Verf. gibt eine ausführliche Darstellung seiner Auffassung über das Zustandekommen tuberkulöser Veränderungen. Diese beruhen auf einer chemischen Affinität zwischen dem Bindegewebe und den tuberkulösen Agentien. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Sklerodermie und Syphilis, von A. Jordan, Univ.-Hautkl. Moskau. S. 327. Verf. berichtet über drei Fälle. Der erste betrifft eine 22jähr. Frau, die seit frühester Kindheit an Vitiligo erkrankt ist, sich mit 21 Jahren luetisch infiziert hat und bei der während der dritten Kur die Sklerodermie aufgetreten ist. Im zweiten Fall handelt es sich um eine 55jähr. Pat. mit Ulcera gummosa cruris und Sklerodermie en bandes am rechten Unterschenkel. Schließlich hat Verf. Sklerodermie en plaques und en bandes bei einem 4jähr. Mädchen beobachtet, bei gleichzeitigem Bestehen von Lues latens hereditaria, Vitiligo und Struma. Im ersten Fall besserten sich die Erscheinungen der Sklerodermie während der spezifischen Behandlung, im dritten Fall auf Darreichung von Thyreoidintabletten. Verf. glaubt, daß die Lues, wenn sie zu schon vorhandenen Störungen endokriner Drüsen hinzutritt, Ursache der Sklerodermie werden kann.

Unterstützung der Lichttherapie durch die sensibilisierende Wirkung des Trypaflavins, von J. Konrad, Derm. Univ.-Kl. Innsbruck. S. 331. Durch intravenöse Injektion von Trypaflavin (tägl. 10 ccm einer $^1/_2$%igen Lösung) und gleichzeitiger allgemeiner Höhensonnenbelichtung gelingt es, die Dauer der Röntgentherapie tuberkulöser Hauterkrankungen wesentlich zu verkürzen. Verf. berichtet über guten Erfolg in einem Fall von sehr ausgedehntem hypertrophischem exulzeriertem Lupus vulgaris des Gesichts, ferner bei einem Fall von Lupus vulg. hypertr. der Nase mit gleichzeitigem Bestehen von Lichen scrophulosorum des Stammes, bei zwei Fällen von Lymphomata colli sowie einem Fall von Tuberculosis verrucosa cutis.

Über die Beziehungen zwischen Herpes zoster generalisatus und Varizellen, von L. Kumer, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 336. In einem Fall gelang es durch Überimpfung des Inhaltes von Herpes-zoster-Bläschen auf Kleinkinder ein positives Ergebnis zu erzielen. Auf Kontaktübertragung erkrankten zwei Kinder. Von diesen drei Kindern wurden noch vier Kinder durch Kontakt infiziert. Darunter befand sich ein Kind, das negativ auf die Zosterimpfung reagierte.

Erbbiologisches zur Lues, von L. Leven-Elberfeld. S. 342. Wir wissen, daß es eine Vererbung der Syphilis nicht gibt, dagegen ist eine Vererbung durch Syphilis möglich. Außerdem können die zur Bekämpfung der Lues gebräuchlichen Mittel das Keimplasma schädigen. Diese schädliche Einwirkung tritt jedoch nur dann in Erscheinung, wenn die betreffenden Medikamente kurz vor der Zeugung eines Kindes zur Anwendung gelangen. Neben diesen idiokinetischen Schädigungen gibt es noch paraphorische, d. h. solche, die wieder ausgleichbar sind. Diese Gefährdung kann durch Wahl des geeignetsten Zeitpunktes einer Kur verhütet werden. Verf. empfiehlt, zwischen

Digitized by Google

einer sogenannten prophylaktischen Kur und der Hochzeit etwa ein Vierteljahr verstreichen zu lassen.

Zur externen Anwendung des Doramads (Thorium-X-Degea) und seiner Dosierung speziell in der Ekzemtherapie, von K. Linser-Dresden-Blasewitz. S. 348. Doramadbehandlung hat sich gut bewährt bei planen Warzen (100 e. s. E. in 1 g), Lichen ruber planus, isolierten chronischen Plaques der Psoriasis (in der gleichen Dosierung), besonders gut bei Ekzemen. Skrotalekzeme sprechen häufig auf schwache Doramadlösungen gut an, ferner Genital- und Analekzeme, auch intertriginöse Ekzeme auf schwache Doramadsalbe (200—300, höchstens 600 e. s. E. in 1 g). Das gleiche gilt auch für seborrhoische Ekzeme. Bei Neurodermitis sind 500—700 e. s. E. in 1 g von guter Wirkung. Die Ekzembehandlung wird in der Weise durchgeführt, daß die betreffenden Stellen täglich zweimal ohne Abdeckung eingerieben werden. Nach dreitägiger Behandlung Pause von 14 Tagen und Wiederholung der dreitägigen Kur, dann wird wieder pausiert, drei Tage lang behandelt, und so fort 3—4mal. Zur Nachbehandlung wird stark verdünnter Spiritus (10000 E. auf 100—200 g) empfohlen, der in sechs Tagen verbraucht werden muß.

Über die Schwierigkeiten der parasitologischen Pemphigusforschung, von B. Lipschütz, Derm. Abt. Krkhs. Wieden, Wien. S. 354. Verf. gibt eine genaue Schilderung der Technik der mikroskopischen Untersuchung des Pemphigusblaseninhaltes im Ausstrichpräparat und teilt die Ergebnisse der Untersuchung weiterer 7 Fälle mit. Bemerkenswert ist das gleichzeitige Vorkommen von Zytoplasmen und Anaplasmen, während Verf. früher angenommen hat, daß beide Gebilde zeitlich alternieren.

Einige Worte über Syphilisbehandlung mit Salvarsan und mit Wismut in Wassersuspension, von S. Lomholt-Kopenhagen. S. 368. Die Behandlungserfolge waren, trotzdem die Gesamtdosis von Neosalvarsan und Wismut oft nur gering war und unregelmäßig verabreicht wurde, zufriedenstellend. Verf. glaubt die Resultate durch Verwendung von Wismutoxychlorid in 5%iger wäßriger Lösung (3—4 ccm pro dosi) erreicht zu haben, das sehr rasch resorbiert wird.

Über Monozytenangina mit anschließendem, vorübergehend seropositivem Erythema nodosum, zugleich ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen luetischer und nichtluetischer Angina, von H. Löhe u. H. Rosenfeld, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. S. 373. Mitteilung eines Falles von Monozytenangina, der dadurch außergewöhnlich war, daß $3^1/_2$ Wochen nach Beginn der Erkrankung ein nodöses Erythem an beiden Waden auftrat, die Angina parallel mit dem Rückgang des Erythems abheilte und die WR vorübergehend positiv wurde. Die Diagnose wurde aus dem Blutbild gestellt. Die Monozytose betrug 14 Tage nach Beginn der Erkrankung noch 24%. Gegen Lues sprach der akute Beginn mit Schüttelfrost, die Schmerzhaftigkeit der Tonsillen, das Fehlen von Infiltration und der Beeinflussung des Prozesses durch Salvarsan, das negative Lumbalpunktat.

Zur Kenntnis der Impetigo herpetiformis, von W. Lutz, Derm. Univ.-Kl. Basel. S. 384. Mitteilung eines Falles von Impetigo herpetiformis, die im Anschluß an eine Kropfoperation aufgetreten ist. Die bei der Pat. beobachteten Anfälle von Tetanie sprechen für eine Läsion der Epithelkörperchen. Auf Parathyreoidintabletten und Thyreoglandol traten ausgesprochene, jedoch nur kurze Remissionen ein. Eine dauernde Erholung stellte sich erst ein, als Lakteoltabletten zwecks Behebung der aufgetretenen Durchfälle gegeben wurden. Bei einem späteren Rezidiv genügten Lakteoltabletten allein, um die diarrhoischen Erscheinungen und das toxische Exanthem zum Verschwinden zu bringen. Verf. glaubt, daß die Epithelkörperchenschädigung primär die Darmtätigkeit gestört hat und die Intoxikation vom Darminhalt her erfolgt ist.

Die Ergebnisse der Formolreaktion bei Dermatosen in praktischer und theoretischer Beziehung, von J. K. Mayr, Univ.-Kl. u. Polikl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. München. S. 390. Die Reaktion fällt ausschließlich nur bei akuten oder generalisierten Prozessen positiv aus. Die Versuche zeigen, daß die Haut primär imstande ist, im pathologischen Zustande Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes hervorzurufen.

Zur Pathogenese der sogenannten essentiellen Teleangiektasien, von A. M. Memmesheimer. S. 399. Bei der Entstehung der sogenannten essentiellen Teleangiektasien sind zahlreiche innere und äußere Faktoren wirksam. Ein primärer Faktor ist die Schwäche des Bindegewebes, die angeboren oder durch Krankheit hervorgerufen sein kann. Zu dieser Bindegewebsschwäche treten Gefäßschädigungen verschiedenster (nervöser, endokriner, mechanischer, toxischer) Art hinzu.

Digitized by Google

Über die Abortivkur der Lues I seronegativa, von O. Mergelsberg-Aachen. S. 413. Für die Abortivbehandlung mit einer maximalen Kur sind nur die Fälle geeignet, bei denen das Infektionsalter 3—5—6 Wochen beträgt, die Schwellung der Drüsen gering ist und während der Kur keine positive Schwankung der WR durch Salvarsan hervortritt. Männer erhalten 0,6 g als erste Dosis, als dritte 0,75—0,9 g. Die Kur wird dann mit Injektionen von je 0,6 g Salvarsan fortgesetzt. Frauen erhalten 0.6 g Salvarsan zweimal wöchentlich. Gleichzeitig müssen unter allen Umständen Hg oder Bi verabfolgt werden. Zur Unterstützung sind Thermalbäder, Massagen, Licht- und Sonnenbäder zu verordnen.

Über zwei Fälle wohlcharakterisierter Keratosen (Keratodermia punctata disseminata symmetrica, Cornu cutaneum) in ihrem Zusammenhang mit gleichzeitig bestehender Lues, von C. Moncorps, Univ.-Kl. u. Polikl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. München. S. 417. 1. 12 Monate nach Abschluß der achten antiluetischen Kur — die WR blieb dauernd positiv — traten bei einem 28jähr. Pat. eine framboësieforme Rezidivpapel am Naseneingang und eine fleckförmige symmetrische Keratodermie beider Handinnenflächen auf. Beide Erscheinungen bildeten sich im Verlauf einer kombinierten Neosalvarsan-Malariakur zurück. Klinisch ähnelte die Keratodermie der von Buschke und Fischer beschriebenen, unterschied sich aber von ihr durch das Vorhandensein entzündlicher Erscheinungen in der Kutis, durch eine seit 3 Monaten bestehende Hyperidrosis und durch die Rückbildung während der spezifischen Therapie. — 2. Bei einer 53jähr., wegen Aortitis luica behandelten Pat. fand sich eine hauthornähnliche Exkreszenz an der linken Planta pedis. Histologisch bemerkenswert ist, daß die Hauptmasse des „Horns" aus Kutiselementen besteht, dergegenüber die Hyperkeratosis in den Hintergrund tritt, ferner das Vorhandensein entzündlicher Veränderungen (Rund- und Plasmazellen) dicht unterhalb der Epidermis-Kutisgrenze. Ob ein Zusammenhang mit Lues bestand, konnte nicht entschieden werden.

Beratungsstelle, Fürsorge und Geschlechtskrankenabteilung der Stadt Mainz vor und nach Einführung des RGBG, von H. Müller, Sprenger u. E. Uttendörfer. S. 427. Verf. gibt eine ausführliche Übersicht über die Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Mainz.

Über die bei Sternberg-Paltaufscher Krankheit vorkommenden spezifischen und besonders unspezifischen Hautprozesse, von P. Mulzer u. E. Keining, Univ.-Hautkl. Hamburg. S. 438. Verff. berichten über einen Fall von Lymphogranulomatose, bei dem in einer universellen exfoliierenden Erythrodermie hämorrhagische Blasen an den Prädilektionsstellen aufgetreten sind. Bisher sind nur drei ähnliche Fälle in der Literatur beschrieben (Bloch, Königstein und E. Hoffmann). Spezifische Veränderungen bei leukämischen Erkrankungen der Haut sind lediglich solche infiltrativen Prozesse, deren histologisches Substrat im Hinblick auf Zellelemente und Aufbau den Alterationen im hämatopoëtischen Apparat entspricht. Als unspezifische Veränderungen gelten Hämorrhagien, Prurigo leucaemica seu lymphatica und universelle, exfoliierende Erythrodermien. Ein Zusammenhang mit Tuberkulose konnte in dem beobachteten Fall nicht nachgewiesen werden.

Über den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen. I. Mitteilung: Mikromethode zur quantitativen Bestimmung des Kalium- und Kalziumgehaltes der Haut, von E. Nathan u. Fr. Stern, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. S. 451. Verff. haben eine Mikromethode ausgearbeitet, die es ermöglicht, in kleinen exzidierten Hautstücken den Gehalt der Haut an Kalium und Kalzium quantitativ zu bestimmen.

Über halbautomatische ambulatorische Lumbalpunktion, von F. W. Oelze, Derm. Univ.-Kl. Leipzig. S. 457. Das vom Verf. neu konstruierte Punktionsbesteck besteht aus einer Führungsröhre mit birnförmigem Ende, das zwischen zwei Dornfortsätze gelegt wird. In die Führungsröhre kommt eine 21 cm lange Nadel, die aus zwei hintereinander angeordneten Teilen besteht. Der vordere, 9 cm lange Teil hat einen Durchmesser von 0,5 mm, der hintere gleichlange Teil einen solchen von 1,1 mm. Die Punktion geht spielend leicht vor sich. Meningismus, Erbrechen trat nie auf. Verf. hat 114 Patienten punktiert. In 28 Fällen wurde nur über vorübergehende Kopfschmerzen geklagt.

Über eine bei Gasarbeitern und Installateuren vorkommende typische Hautschädigung (Erfrierung, Einsprengung und Exkoriationsbildung), von M. Oppenheim, Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Wilhelminenspital Wien. S. 464. Das Ausblasen einer Gasleitung geht in der Weise vor sich, daß an eine offene Gasröhre ein

Digitized by Google

Zylinder mit fester Kohlensäure angesetzt und die Rohrleitung am offenen Gasometer mit der flachen Hand so lange zugehalten wird, bis sich genügend Druck angesammelt hat. Dann wird die Hand rasch entfernt und die Kohlensäure, die unter starkem Druck entströmt, reißt den in der Rohrleitung angesammelten Staub und Ruß ins Freie. Die Hautschädigung kam dadurch zustande, daß der Pat. die Hand nicht vollständig aus dem Bereich der ausströmenden Preßluft entfernen konnte. Sie bestand aus Rötung und Schwellung (Erfrierung I. Grades), ferner aus Einsprengungen von Ruß und Schmutz und aus Exkoriationen und Rhagaden infolge Verletzung durch Schmutzpartikel.

Über hämatogene, neurogene und psychogene Hautaffektionen, von R. Polland-Graz. S. 468. Man unterscheidet hämatogene, neurogene und psychogene Fälle von akuter multipler Hautgangrän und analogen Affektionen. Die toxischen Affektionen entstehen meist auf hämatogenem Wege, oft spielt aber auch eine neurogene Komponente mit. Die Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica gehört zur hämatogen-toxischen Gruppe. Für das Vorkommen echter psychogener Dermatosen gibt Verf. einige Beispiele aus eigener Beobachtung.

Beiträge zur Kenntnis der Lymphogranulomatosis inguinalis, von E. Ramel, Derm. Univ.-Kl. Lausanne. S. 482. Verf. hat 21 Fälle (17 Männer, 4 Frauen) beobachtet. Der Primärherd konnte 14mal nachgewiesen werden. Meist handelt es sich um flache, kaum indurierte, erbsengroße Erosionen im Sulkus, die zerplatzten Herpesbläschen sehr ähnlich sind. In den meisten Fällen begann die Erkrankung subakut, einige Fälle zeigten einen akuten septischen abortiven Verlauf. Histologisch bemerkenswert war das frühzeitige Auftreten einer Periadenitis. Therapeutisch hat sich die kombinierte Behandlung am besten bewährt. Sie besteht aus chirurgischen Auskratzungen und wiederholten Antigeninjektionen (zweimal wöchentlich intradermal), ferner aus intravenösen Einspritzungen von 1—5 ccm einer 4%igen ammoniakalischen Kupfersulfatlösung, die jeden zweiten Tag verabfolgt werden.

Über Krebsbildung auf dem Boden eines Lupus erythematosus, von A. Reisner, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Würzburg. S. 496. Verf. berichtet über zwei selbst beobachtete Fälle. In dem ersten handelt es sich um einen kräftigen Mann, bei dem sich im 23. Lebensjahre an der Nase und am rechten Ohr ein Lupus erythematodes entwickelte. 32 Jahre später wurden auch das linke Ohr und beide Wangen befallen. 8 Jahre darauf Krebsbildung auf Nase und rechter Ohrmuschel, $^3/_4$ Jahr später auf der linken Ohrmuschel. 35 Jahre nach Beginn des Lupus erythematosus auf der Nase erhielt Pat. eine einzige Röntgenbestrahlung wegen einer aufgetretenen Hyperkeratose (kein Krebs!). Gleichzeitig wurde auch das rechte Ohr einmal bestrahlt. Der zweite Fall betrifft einen Pat., der wegen eines im 15. Lebensjahre aufgetretenen Lupus erythematosus des Gesichts und beider Ohren verschiedenartig behandelt und häufig Röntgenbestrahlungen erhielt, die zweimal zu starken Reaktionen führte. 40 Jahre nach Auftreten des Lupus erythematosus Geschwürsbildung in der Röntgennarbe der linken Wange als unmittelbare Folge einer einmaligen Verletzung. Statistisch wurde festgestellt, daß fast ausnahmslos Hornperlenkrebse entstehen, ferner mehr Männer als Frauen an Lupus-erythematosus-Karzinom erkranken ($2^1/_2$:1). Die Zeitspanne zwischen Auftreten des Lupus erythematosus und des Krebses schwankt zwischen 2 und 40 Jahren, das Alter der Patienten zwischen 26 und 82 Jahren.

Über Hautschädigungen durch Tragen von Pelzen, von H. Ritter u. C. L. Karrenberg, Derm. Kl. Allg. Krkhs. St. Georg-Hamburg. S. 507. Verff. haben innerhalb von 2 Jahren 15 Fälle beobachtet. Die Erkrankung wird durch Farbstoffe oder durch das Fell selbst oder durch beide Faktoren zusammen hervorgerufen. Sie tritt nur auf an den Stellen der Haut, die in direkter Berührung mit dem Pelz stehen. In den meisten Fällen stellte sich eine Dermatitis mit Bläschenbildung ein. Subjektiv litten die Patientinnen unter starkem Juckreiz und unerträglichem Brennen. Der klinische Verlauf ähnelt sehr einer Salvarsandermatitis, oft treten Nachschübe auf. Zur Behandlung eignen sich nur feuchte Verbände, die oft gewechselt werden müssen, später Ung. leniens, darüber Borwasserverbände.

Zur Prophylaxe der kongenitalen Syphilis, von H. G. Rottmann, Univ.-Hautkl. Göttingen. S. 516. Verf. hat 45 Frauen, die früher wegen sicherer Lues intra graviditatem behandelt worden sind, aufgesucht und festgestellt, daß von 30 ausreichend behandelten Frauen 29 gesunde und nur 1 krankes Kind zur Welt gebracht worden sind. 15 unvollständig Behandelte haben dagegen nur 3 gesunde und 12 kranke Kinder geboren. Unter den 30 ausreichend Behandelten hatten inzwischen 8 Frauen 9 gesunde Kinder zur Welt gebracht, ohne sich während der erneuten Schwangerschaft einer vor-

Digitized by Google

beugenden Kur zu unterziehen. Trotz der günstigen Resultate fordert Verf., daß jede an Lues erkrankte Frau während der Gravidität behandelt werden soll, mit Ausnahme derjenigen, die vor der Schwangerschaft an einem seronegativen Primäraffekt litten und sich einer maximalen Abortivbehandlung unterzogen hatten.

Lichen ruber planus pemphigoides, von A. E. Ruete. S. 522. Bericht über einen Fall von familiärem Lichen ruber planus, bei dem es vor der Behandlung zu Blasenbildung gekommen war. Neben typischen Lichenpapeln bestanden erythematöse Herde an Armen und Beinen. Die Blasen traten sowohl auf erythematöser als auch normaler Haut auf. Nach Abheilung der auf normaler Haut entstandenen Blasen stellten sich an den Rändern dieser Stellen Lichenpapeln ein. Histologisch wurde festgestellt, daß die Blasen durch ödematöse Verdrängung im Str. spinosum, durch kolloidale Degeneration der Zellen und durch Ablösung des ganzen Rete entstehen können.

Ein Beitrag zur Radiumnebenwirkung, von E. Saalfeld-Berlin. S. 533. Verf. hat eine Pat. zwecks Beseitigung von Keloiden, die infolge unsachgemäßer Epilation durch Diathermie an der Oberlippe entstanden waren, mit Radium (5 mg Element unter $^1/_{10}$ mm Ag.) behandelt und folgende Nebenwirkungen beobachtet: Die Pat. litt an Kopfschmerzen, Ohrensausen und Drehschwindel 14 Tage lang. Die Beschwerden traten nach der 4. Bestrahlung in noch stärkerem Maße auf, hinzukamen noch menstruelle Beschwerden. Nach weiteren Bestrahlungen verliefen die Erscheinungen wesentlich milder und äußerten sich nur noch in geringem Kopfschmerz und etwas Ohrensausen. Verf. glaubt die Nebenwirkungen auf einen Reiz der Schilddrüse bei der leicht basedowoiden Pat. zurückführen zu können.

Der submikroskopische Bau der Hornfibrillen, erschlossen aus der Polarisationsoptik des menschlichen Kopfhaares, von W. J. Schmidt-Gießen. S. 535. Die Doppelbrechung der Tonofibrillen ist im wesentlichen eine Eigendoppelbrechung, d. h. die Doppelbrechung kommt den anisodiametrischen Submikronen, aus denen sich die Fibrillen zusammensetzen, zu.

Vom Query-Serum, von F. Hahn, Hautkl. Städt. Krankenanst. Bremen. S. 546. Verf. hat zwei Patientinnen mit Query-Serum mit gänzlich negativem Erfolg behandelt.

Vaginale Resorptionsversuche, von W. Schönfeld, Univ.-Kl. u. Polikl. f. Hautkrkh. Greifswald. S. 551. Die unversehrte Schleimhaut des hinteren Scheidengewölbes resorbiert bei Abschluß des Zervikalkanales und Scheidenausganges Jodkali, salizylsaures Natrium, Uranin, Avertin, Tuberkulin usw. Die Resorption ist größtenteils von der Lipoidlösbarkeit der Stoffe, dem Stärkegrad der Lösung und ihrer Einverleibungsart abhängig. Menstruation und Reaktion der Scheide üben keinen Einfluß aus.

Die Behandlung der Urtikaria mit Alkali nebst Bemerkungen über den Säurebasenhaushalt bei Urtikaria und anderen Dermatosen, von H. Schreus, Hautkl. Med. Akad. Düsseldorf. S. 561. Verf. hat bei Urtikariafällen, die eine Säurekomponente aufzuweisen schienen, gute Heilerfolge mit intravenösen Natrium-bicarb.-Injektionen (20—50 ccm einer 40%igen Lösung) erzielt. Eine Erklärung für die rein empirisch gefundene Behandlungsmethode ist zur Zeit noch nicht möglich. Eine einheitliche Ätiologie der Urtikaria gibt es sicherlich nicht. Aus dem Verhalten des Säurebasenhaushaltes lassen sich keine ätiologischen Rückschlüsse ziehen, eher noch aus dem therapeutischen Effekt. Verf. hat in einigen Fällen mit subkutanen Lobelininjektionen gute Resultate erreicht. Die Wirkung beruht wahrscheinlich darauf, daß durch stärkere Atmung die CO_2-Spannung der Alveolarluft verringert und durch Abdunstung der CO_2 die Alkalireserve erhöht wird.

Salvarsanwirkung und Retikuloendothel, von J. Schumacher-Berlin. S. 569. Die Salvarsanwirkung besteht aus einer primären im Blute sich abspielenden, rein chemischen Hauptwirkung, nämlich der Umwandlung des Salvarsans zur Base, und einer sekundären, mehr biologischen Wirkung: der vermehrten Produktion der die Spirochäten morphologisch vernichtenden Fermente, deren Entstehungsort wahrscheinlich die Milz und das übrige Retikuloendothel ist. Eine alleinige und ausschlaggebende Rolle bei der Salvarsanwirkung spielt das Retikuloendothel nicht.

Zur klinisch-ätiologischen Analyse und Systematik kleinfleckiger Pigmentierungen, nebst Beschreibung einer besonderen Form von Epheliden, von H. W. Siemens, Univ.-Hautkl. München. S. 575. Verf. berichtet über 3 Fälle einer besonderen Form von Sommersprossen, die sich durch folgende Merkmale auszeichnet: Die Pigmentflecke sind punktförmig bis linsengroß, unregelmäßig eckig und ungleichmäßig braun bis blauschwarz. Sie beginnen im 3. Lebensjahr, bilden sich im kindlichen Alter allmählich aus, werden im Winter etwas undeutlicher und gehen im Erwachsenenalter

Digitized by Google

wieder zurück, verschwinden stellenweise gänzlich. Sie können familiär auftreten und kommen anscheinend nur bei brünetten Personen vor. Bevorzugte Lokalisationsstellen sind: Gesicht, Hände, Unterarme. Im Gesicht häufen sie sich periokular und perioral, gehen auch auf Konjunktiven und Mundschleimhaut über. Eine gewisse Vorliebe zeigen sie auch für die Gesichtsfurchen und die Hautfurchen an den Händen. Zur Unterscheidung der verschiedenen Pigmentierungen schlägt Verf. folgende Einteilung vor: A. Ephelides, a) regionär; 1. vulgares, 2. die oben beschriebene Form, 3. symptomaticae (Recklinghausen, Xeroderma usw.); b) herdweise: 1. artificialis (Röntgen, Sinapismen), 2. concomitantes (Lichen Vidal, Atrophie usw.), 3. spontaneae. B. Chloasmata, a) regionär: 1. gravidarum, uterinum, hepaticum, 2. cachecticorum, 3. spontaneae; b) herdweise: 1. artificialis. 2. concomitantes (Ekzem, Psoriasis usw.), 3. spontaneae. C. Melanodermien: 1. Hautkrankheiten (Skabies usw.), 2. Blutkrankheiten und Kachexien, 3. Morbus Addison.

Blutbefunde bei Syphilis, vor, unter und nach der Behandlung, von B. Spiethoff, Univ.-Hautkl. Jena. S. 592. Bei unkomplizierter Früh- und Spätlues ist die Zahl der weißen Blutkörperchen nicht erhöht. Die Neutrophilen zeigen herabgesetzte Werte, ferner besteht Anisozytose. Die Monozyten sind teils vermehrt (im gummösen Stadium), teils vermindert. Die Lymphozyten haben im Durchschnitt Tendenz zu erhöhten prozentualen und absoluten Werten, besonders bei Exanthemen. In Fieberfällen liegt keine Leukozytose vor, wenn stärkere exsudative, pustulöse, ulzeröse Prozesse fehlen. Bei fieberhafter maligner Lues herrscht Leukopenie. Bei Arzneiexanthemen geht die Schwere der Hauterscheinungen parallel zu der Schwere der Blutveränderung. Bei Erythem sind die Eosinen mäßig erhöht, die Lymphozyten vermindert, bei Dermatitis liegt starke Eosinophilie und Leukozytose vor. Die Umstellung des Blutbildes bei der deutschen Bevölkerung in der Kriegs- und Nachkriegszeit hat durch die im gleichen Sinne (Abnahme der Neutrophilen und Zunahme der Lymphozyten) wirkende Lues keine Verstärkung erfahren. Auffallende Abweichungen im erythropoetischen System werden in Durchschnittsfällen durch Lues nicht hervorgerufen. Die nach Injektion von Salvarsan oder Hg auftretenden Veränderungen im Blutbild verlaufen in zwei Phasen. Die erste Phase ist vom Medikament, der Gabengröße und der Lösungsart abhängig und zeigt demgemäß große Variationen. Die zweite Phase zeigt mehr Gradeunterschiede und hängt von dem Infektionszustand und der Dosierung ab. Die Daueruntersuchungen des Blutbildes während einer chronisch-kontinuierlichen Kur ergaben in der ersten Phase einen Mehrverbrauch an Neutrophilen und Lymphozyten, in der zweiten Phase ist der Mehrverbrauch erhalten oder entsteht erst. In einigen Fällen geht der Mehrverbrauch zurück, nur in wenigen Fällen bleibt er aus.

Herpes zoster generalisatus als Ursache einer Varizellenepidemie, von R. O. Stein, Univ.-Hautkl. Wien. S. 609. Etwa zwei Wochen nach Einlieferung eines 14jährigen, an Herpes zoster lumbalis und disseminierten Bläschen am Stamme erkrankten Mädchens traten bei drei Kindern, die wegen Hauterkrankung auf der Station lagen, Varizellen auf. Die Beobachtung spricht für die Verwandtschaft des idiopathischen Herpes mit dem generalisatus und den Varizellen. Vielleicht sind die drei Varianten sogar identisch.

Die Erhaltung der Pathogenität der Spirochaeta pallida nach homologer Superinfektion des latent syphilitischen Kaninchens, von R. Strempel, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 615. Die Virulenz der Spirochäten in den Impfstücken blieb bis zu 25 Tagen nach homologer Superinfektion des latent syphilitischen Kaninchens erhalten. Im Dunkelfeld waren die Spirochäten nur bis zum vierten Tage nachweisbar.

Die Therapie der frischen männlichen Gonorrhoe mit Targesin, von A. Stroscher-Bautzen. S. 618. Empfehlung von Targesin wegen seiner geringen Reizwirkung, starken gonokokkoziden Kraft und ausreichenden Tiefenwirkung.

Über Ulcus-molle-(Dmelcos-)Vakzine, von G. Stümpke, Derm. Stadtkrkhs. II Hannover. S. 620. Die Applikation der Dmelcos-Vakzine erfolgt intravenös in Mengen von 225—675 Millionen Keimen, im Abstand von 3—4 Tagen. Die Zahl der Injektionen richtet sich nach dem Erfolg, sie schwankt zwischen 2 und 6. Fast immer folgt auf die Einspritzung eine lebhafte Allgemeinreaktion mit Fieber über 38°. Sehr günstig und rasch wurden 6 Fälle beeinflußt. 2 Fälle heilten innerhalb 2 bzw. 3 Wochen, 1 Fall wurde weitgehend gebessert, 3 Fälle reagierten nicht. Kontraindiziert ist die Behandlung bei Gefäß- und Nierenaffektionen und in höherem Alter. Die Vakzine ist erhältlich bei: Les Etablissements Poulenc Frères, Paris 3e, Rue Vieille du Temple 86/92. In einem Nachtrag berichtet Verf. über weitere gute Erfolge in 5 Fällen.

Digitized by Google

Stauung, Kapillardruck und Exsudation, von L. Török, E. Rajka u. E. Wessely-Budapest. S. 628. Der in der Quaddelbildung zum Ausdruck gelangende Exsudationsprozeß ist vom Kapillardruck abhängig. Sinken des Kapillardruckes hat eine Abnahme der Exsudation zur Folge. Völliger Abfall des Kapillardruckes wirkt im gleichen Sinne wie Stauung, die die Exsudation im Bereiche der Quaddel hemmt.

Besonderheiten der Toxicodermia phytogenes, von Touton-Wiesbaden. S. 636. Verf. berichtet an Hand zahlreicher Beispiele über die vielfachen Schwierigkeiten, die der Erforschung der Ursache einer phytogenen Dermatitis im Wege stehen. Schon die Eruierung des Sitzes des Reizstoffes in der Pflanze ist oft nicht möglich. Weit schwieriger ist es, die komplizierten chemischen Bausteine des Pflanzenkörpers, dem der Reizstoff angehört, zu ermitteln. Die wirksame Substanz ändert sich je nach Standort, Klima, Sammelzeit, Alter der Pflanze usw. Diese Umstände sind bei der experimentellen Feststellung des Grades der Empfindlichkeit, ferner bei der Entscheidung der Frage, ob die Art der Empfindlichkeit nur quantitativ bei den verschiedenen Menschen wechselt oder ob es sich um eine qualitative Überempfindlichkeit handelt, sehr hinderlich. Verf. faßt die Idiosynkrasie nicht als eine rein quantitative Abweichung von der Norm, sondern als eine dem Idiotypus anhaftende auf.

Zwei typische Fälle von Bowenscher Erkrankung, von P. Unna jun. u. E. Delbanco-Hamburg. S. 658. Der eine Fall betrifft eine 56jähr. Pat., die vor 10 Jahren an der rechten Gesäßbacke einen kleinen „Leberfleck" bemerkte, der sich bald entzündete und mit einer Borke bedeckte. Nach 5jährigem unverändertem Bestehen wurde der Fleck größer. Es erfolgte Exzision. Nach kurzer Zeit kam die Affektion wieder und wurde erfolglos mit Salben behandelt. Pat. weist jetzt einen pflaumengroßen Tumor auf, der etwas erhaben ist, mit leicht erhöhten serpiginösen Rändern und muldenförmig deprimiertem Zentrum. Farbe braunrötlich, Konsistenz derb. Histologisch: Umschriebene Verdickung der Oberhaut durch hauptsächlich interpapilläre Akanthose. Hornschicht verdickt, hyper- oder parakeratotisch, abgesplittert oder als gequollene Kruste mit glasigen Kernen durchsetzt. In der Stachelschicht intrazelluläres Ödem. Ferner finden sich normale und pathologische Mitosen, Epithelriesenzellen und einige Klumpenkerne sowie Horn- und Hyalinkugeln. Keine Corps ronds und grains. Im zweiten Fall handelt es sich um einen 62jähr. Mann, der in der Mitte der Beugeseite des linken Oberschenkels eine handtellergroße, unregelmäßig begrenzte, wenig erhabene, krustöse Affektion aufweist. Nach chirurgischer Entfernung traten noch zwei Rezidive auf. Histologisch allein charakteristisch für M. Bowen ist die von Delbanco so benannte „Epithelunruhe", die in einem Fall infolge lebhafter Zellteilung zu den Riesenepithelien, Riesenmitosen und Klumpenzellen, in anderen Fällen infolge Ödems zu Epithelunruhe mit einem ungeordneten Kernbrei führt. In der Hornschicht kommt es zu Hyper- und Parakeratose oder zu feuchter Krustenbildung mit Riesenkernen in mangelhaft verhornten Schuppenpartien, je nachdem schnelle oder langsame Verhornung vorgelegen hat.

Ein Beitrag zur ätiologischen Identität der Impetigo bullosa, des Pemphigus neonatorum und der Dermatitis exfoliativa Ritter von Rittershain, von J. W. van der Valk, Derm. Univ.-Kl. Groningen. S. 668. Verf. hat ein Zwillingspaar beobachtet, von dem das eine Kind an Dermatitis exfoliativa Ritter, das andere an Pemphigus neonatorum erkrankte. Beide wurden vermutlich durch Geschwister infiziert, die an Impetigo des Gesichts leiden. Die Pflegerin des Zwillingspaares infizierte sich bei einem der Zwillinge und erkrankte an Impetigo bullosa. In allen drei Fällen wurden die gleichen grampositiven großen intra- und extrazellulären Diplokokken angetroffen.

Perifolliculitis abscedens et suffodiens und ihre Beziehungen zur Acne conglobata, von F. Veiel-Stuttgart-Cannstatt. S. 674. Bericht über 6 Fälle. Die Erkrankung saß teils nur am Kopf, teils am Körper. Tuberkulose lag bei keinem der sonst gesunden Patienten vor. Therapeutisch bewährte sich die chirurgische Behandlung und nachfolgende Ätzung mit 50%igem Chlorzinkspiritus oder ½%iger Trypaflavinlösung. Die Fälle von Acne conglobata, die nicht tuberkulöser Natur sind, sind sicherlich identisch mit Perifolliculitis abscedens et suffodiens.

Periarteriitis nodosa bei einem Lupus erythematodes chron. cum exacerbatione, von R. Volk, Lupusheilstätte Wien. S. 682. Die 32jähr. Pat. leidet seit 1924 an Lupus erythematodes des Gesichts, des Kopfes und der Hände. Im Anschluß an zwei Goldinjektionen (0,0005 + 0,0012 Aurophos) kam es zu einer Exazerbation der bestehenden Herde. Außerdem trat eine septische Infektion auf (Mobilisierung latenter Streptokokkenherde durch Goldinjektion?), die zum Exitus führte. Klinisch und autop-

Digitized by Google

tisch wurden Zeichen älterer Tuberkulose festgestellt. Im Darm und in der Haut fand sich Periarteriitis nodosa. Ein Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und dem Lupus erythematodes bestand nicht.

Zur Pathogenese des dysidrotischen Symptomenkomplexes. Über ein unter dem Bilde einer Dysidrosis verlaufendes Epidermophytid, von B. Walthard, Derm. Univ-Kl. Zürich. S. 692. Die 13jähr. Patientin leidet an typischer Dysidrosis beider Hände, an einem über die Vorder- und Oberarme bis zum Hals verbreiteten papulovesikulösen, ekzematoiden Exanthem, an dysidrotischen Veränderungen beider Füße und einem über Füße und Unterschenkel sich erstreckenden ekzematoiden Exanthem. In der Fußaffektion ließen sich Epidermophytonpilze nachweisen. Die Untersuchung der Affektion der Hände und des Exanthems fiel negativ aus. Auf Trichophytininjektion trat Herdreaktion auf sowohl an den pilzhaltigen wie an den amykotischen Stellen. Die ganze Affektion heilte unter antiparasitärer Therapie rasch ab. Verf. glaubt, daß das an den Händen, Armen und unteren Extremitäten aufgetretene ekzematiform-dysidrotische, frei von Pilzen befundene Exanthem ein hämatogen, und zwar durch Antigenverschleppung aus dem primären mykotischen Pilzherd des Fußes in die allergische Haut entstandenes Epidermophytid darstellt.

Vorläufige Mitteilung über die ersten hundert mit Malaria behandelten Fälle von progressiver Paralyse, von A. Westphal u. Bach-Bonn. S. 707. 13% der Fälle wurden vollkommen berufsfähig, 18% berufsfähig mit noch deutlichen paralytischen Störungen, 30% wenig gebessert (stationär), 16% blieben unbeeinflußt, in 23% verschlechterte sich der Zustand bzw. trat Exitus ein. Sämtliche Fälle erhielten 8 bis 14 Tage nach der Malariabehandlung 10 g Neosalvarsan bzw. 8 g Silbersalvarsan und 10 ccm Bismogenol. Unter den Gebesserten befanden sich 10 Expansive, 6 Demente, 4 Affektstumpfe, 4 Depressive und 1 Paranoider. Die geringste Tendenz zu Remissionen zeigen die dementen Formen, die größte die affektstumpfen und expansiven Formen.

Die primäre exogene Infektion der Haut mit Tuberkulose in ihrer immunisatorischen Bedeutung, von P. Wichmann, Lupusstat. Univ.-Kl. Hamburg. S. 717. Verf. berichtet über 36 Fälle von primärer exogener Infektion der Haut, bei denen eine Tuberkulose der inneren Organe nicht hervorgetreten ist. 11 Fälle verliefen zunächst progressiv, 7mal kam es zu ulzerativer Hauttuberkulose, in 15 Fällen entwickelten sich handtellergroße und größere Herde. Es besteht somit zunächst ein Kampfzustand zwischen Organismus und Infektion, ehe die Immunitätsentwicklung einsetzt. Die Esophylaxie für die günstigen Immunitätsverhältnisse verantwortlich zu machen, lehnt Verf. ab. Maßgebend sind vielmehr die geringe Infektionsgröße und der Modus der Infektion (wenig geeigneter Hautnährboden). Der Organismus hat Zeit, sich auf geringe Infektionsdosen immunisatorisch einzustellen.

Zur Frage der „Lues nervosa", von Fr. Wirz, Derm. Univ.-Kl. München. S. 726. Die Untersuchung der zweiten Ehepartner aus 53 Ehen, deren erster Partner an Metalues litt, ergab 33 luesfreie und 20 lueskranke Ehegatten, davon 8 Metaluiker und 12 einfache Luiker. Aus 51 Ehen, deren erster Partner an einfacher Lues litt, wurden 43 luesfreie und 8 lueskranke Ehegatten, davon 4 Metaluiker und 4 einfache Luiker festgestellt. Auf die Gesamtzahl der konjugalen Infektionen bezogen fanden sich somit in 40% Kopplungen von Metalues mit Metalues und in 50% solche von Metalues an einfache Lues. Die statistischen Ergebnisse sprechen völlig gegen das Bestehen einer „Lues nervosa". Es handelt sich bei der Metalues nicht um ein Problem der Ätiologie, sondern um die Frage der Pathogenese.

Über einen Fall syphilitischer Berufsinfektion am Unterschenkel (subkutane periphlebitische Initialsklerose), von E. Witteler, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 735. Pat. (Arzt) wies einen schmerzhaften, derben, braunroten, schinkenfarbigen periphlebitischen Knoten an der Außenseite des linken Unterschenkels, typische Drüsenschwellung, ferner ein tuberkulidartiges varizelliformes Exanthem der Beine und unteren Rumpfhälfte und spezifische Angina auf. Pat. hat einen Kranken mit luetischem Exanthem verbunden und sich, ohne vorher sich zu waschen, an einem juckenden Venenknoten gekratzt.

Weitere Studien über die Virulenz von syphilitischem Leichenvirus, von E. Zurhelle u. O. Schleyer, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 741. Verff. haben an 28 Kaninchen das Verhalten von frischem Schankermaterial und Leichenvirus durch vergleichende Impfungen bei ein und demselben Tiere geprüft und eine Abschwächung des Leichenvirus bzw. Überwiegen des frischen Virus festgestellt.

Digitized by Google

Weitere Beiträge zur Frage der Superinfektion bei der experimentellen Kaninchensyphilis, von G. Armuzzi, Derm. Univ.-Kl. Padua. S. 750. 1. Der Kaninchenorganismus bildet bei einer gleichzeitig mit zwei Virusarten vorgenommenen Syphilisinfektion spezifische Immunkörper gegen beide Virusarten. Er verhindert das Angehen einer Superinfektion im Latenzstadium der Infektion, wenn die Wiederimpfung mit einem der beiden oder mit beiden Virusarten erfolgt. 2. Die Spirochäten einer homologen Skrotalnachimpfung bei Immunkaninchen bleiben an Ort und Stelle latent und können, wenn sie in einen heterologen Superinfektionsschanker eingeschlossen werden, ihre Virulenz und Eigenschaften behalten. Sie lassen sich leicht biologisch differenzieren. 3. Die Inkubationszeit des heterologen Superinfektionsschankers beträgt, wenn die Infektion im Immunitätsstadium erfolgt, 45—75 Tage. Die Entwicklung des Schankers ist begrenzt, er hat Neigung zur Bildung knotiger Infiltrationen, die bald erweichen und rasche Regression zeigen. Die regionären Drüsen sind nicht immer geschwollen, WR wird immer positiv. Histologisch fehlt fast stets das myxomatöse Gewebe. Die Veränderungen entsprechen denen eines normalen Schankers im Stadium der spontanen Regression. Die Spirochäten sind herdweise angeordnet, ihre Auswanderung im umgebenden Gewebe scheint erschwert zu sein.

Malariabehandlung bei Gonorrhoe, von W. Heuck, Derm. Abt. Städt. Krkhs. München-Schwabing. S. 756. Für hartnäckige Rezidivfälle subakuten und chronischen Trippers bei Frauen sowie für subakute infiltrative gonorrhoische Prozesse im Beckenbindegewebe und Adnexen ist die Malariabehandlung die „Methode der Wahl". Kontraindikationen sind Nephritis, Vitium cordis, Tuberkulose, Aortitis und Gravidität. 9—10 Anfälle sind zur Erreichung eines Erfolges notwendig, ferner eine lokale Vorbehandlung von 2 Wochen und eine lokale Nachbehandlung von 3 Wochen.

Unsere Erfahrungen mit diathermischer Elektrokoagulation in der Dermatologie, von G. A. Rost u. Ph. Keller, Univ.-Hautkl. Freiburg i. Br. S. 768. Verff. empfehlen die diathermische Elektrokoagulation zur Beseitigung epithelialer Neubildungen. Der Strom wirkt geradezu elektiv auf epitheliale Zellanhäufungen ein. Bindegewebige Neubildungen lassen sich wohl zerstören, bei größeren Prozessen jedoch nicht ohne Gefahr keloider Narbenentwicklung.

Über Wert und Spezifität der Tuberkulinreaktion bei Lupösen, von W. Scholtz, Univ.-Hautkl. Königsberg. S. 775. Lupöse reagierten fast ausnahmslos auf 0,1 ccm Tuberkulin in der Verdünnung 1 : 1 Million, in der Regel noch auf Verdünnungen von 1 : 10 Millionen, häufig noch auf solche von 1 : 1 Milliarde, nicht selten auf solche von 1 : 10 Milliarden. Bei lupusfreien Personen ließ sich eine Reaktion meist nur durch Tuberkulin 1 : 10000, selten noch durch Verdünnungen von 1 : 100000 erzielen. Tuberkulosefreie Kinder zeigten auf Tuberkulinverdünnungen von 1 : 100 bis 1 : 10 keinerlei Reaktion. Anderen Eiweißstoffen und Bakterienproteinen gegenüber verhielten sich Lupöse nicht viel anders als Nichttuberkulöse.

Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen über Myosalvarsan, von C. Schumacher u. R. Pachur, Derm. Univ.-Kl. Königsberg. S. 778. Schon 1 Stunde nach einer intramuskulären Injektion von Myosalvarsan sind im Blute 20% beim Menschen und 30% beim Kaninchen, nach 2 Stunden 25% bzw. 40%, nach 3 Stunden 28% bzw. 32%, nach 6 Stunden 13% bzw. 20%, nach 24 Stunden 4% bzw. 2%, nach 48 Stunden je 2% nachweisbar. Bei naganakranken Mäusen ist Myosalvarsan weniger wirksam als Neosalvarsan. In seiner klinischen und serologischen Wirkung steht Myosalvarsan dem Alt- oder Neosalvarsan nur wenig nach. In 4 von 67 Fällen wurde ein Exanthem beobachtet. F. Harry-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur

Maligne Neubildungen

Zur Behandlung inoperabler Tumoren mit Isaminblau, von H. Bernhardt und C. B. Strauch, I. Med. Univ.-Kl. Charité Berlin. (Ztschr. f. Krebsforschg., 1928, Bd. 26, H. 5, S. 361.) Das Isaminblau (dem „Pyrrholblau Ehrlich" analog) ist ein Tri-B-naphthylpararosanilin, wird in $^1/_2$%iger Lösung i. v. mit Glyzerin gemischt in frischer Lösung injiziert. Bei paravenöser Injektion starke Blaufärbung der Umgebung, dagegen keine Nekrosen. Erster Turnus etwa 1 Monat lang täglich mit steigender Dosierung. Eventuell nach 1 Woche Pause zweiter Turnus ebenso. Unter Umständen noch dritter Turnus nach 1—2 Monaten Pause. Leichte Gesamtblaufärbung des ganzen Körpers. Verf. behandelte

Digitized by Google

33 Fälle. Bei 10 deutliche Besserung. Magen- und Darmkarzinome reagieren relativ schlecht, Ovarialkarzinome besonders gut. Es handelt sich um langdauernde Imbibition des retikulo-endothelialen Systems. Damit hängt aber auch der Nachteil der unerwünschten Hautverfärbung zusammen. Toxisch wirkt der Farbstoff nie, dagegen sind die Injektionen schmerzhaft. Die subjektiven Störungen durch das Karzinom können schon durch wenige, noch nicht verfärbende Injektionen behoben werden. Als Adjuvans Bestrahlungen empfehlenswert. H. Colman-Berlin.

Behandlung inoperabler und erfolglos bestrahlter Geschwülste mittels Elektrokoagulation und Geschwulstimpfstoffen, von Keysser, Vincenz-Krkhs. Berlin-Lichterfelde-Ost. (Fortschr. d. Ther., 1928, H. 7, S. 212.) Verf. hat das früher bereits von ihm und von anderer Seite geübte Verfahren der Elektrokoagulation der Geschwülste wieder aufgenommen, nachdem er durch Stromverstärkung der Apparatur von 3 auf 10 Ampères die Wirkung des Verkochungsprozesses gesteigert hat. Außerdem gibt er noch die fertig erhältlichen Geschwulstimpfungen. Wegen der großen Schmerzhaftigkeit des Verfahrens ist Allgemeinnarkose erforderlich. Verf. wendet die rektale Avertinnarkose mit gutem Erfolge an. Er verfügt über 65 Fälle von den verschiedensten inoperablen, anderweitig aufgegebenen Karzinomen. Hiervon wurden 24 geheilt bei genügender Nachuntersuchungszeit, 16 zur Zeit geheilte sind in Beobachtung, 25 kamen schnell ad exitum. Röntgen, Elektrokoagulation und Impfung sind in jedem Fall zu versuchen. Kein Fall ist aufzugeben. H. Lippert-Köln.

Das Verhalten bösartiger Geschwülste gegenüber verschiedenen Röntgenstrahlenmengen, von E. Biró. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 8, S. 223—225.) Die Röntgenstrahlen besitzen aus Reiz, Lähmung und Abtötung bestehende Wirkungsabstufungen, sie können, wie sie Geschwülste lokal rapid zum Verschwinden bringen, in geringen Dosen verabreicht diese Geschwülste im Wachstum fördern. Dies zeigt sich jedoch nur im Endstadium von Fällen hochgradigster Malignität und bei mit schlechter Technik oder auf Grund unrichtiger Indikation bestrahlten Geschwülsten. Mit der alten Technik konnte es bei tiefliegenden Karzinomen kaum vorkommen, während man bei Sarkomen auch mit dieser Reizdosen verabreichen konnte. Im ganzen ist die Reizdose ein neuentstandener Begriff. Die moderne Technik führt viel eher zu Fehlern und Schädigungen der Nachbarorgane; dadurch erklären sich die schlechten Resultate bei Zungen-, Kiefer-, Bukkal-, Lungenkrebsen gegenüber Sarkomen derselben Gegenden, bei denen man mit geringen Dosen gut auskommt. Durch Unter- und inhomogene Dosierung kann nicht nur anwachsenden Geschwülsten eine zunehmende Wachstumstendenz verliehen, es können auch dadurch atypische Gewebswucherungen selbst hervorgerufen werden. Auch die oft nicht befriedigenden Resultate der postoperativen Nachbestrahlungen gehören unter die Frage der Reizdose. E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit der Traubenzuckertherapie nach E. G. Mayer bei gleichzeitig röntgenbestrahlten bösartigen Neubildungen, von H. Füllsack, Inn. Abt. Allg. Krkhs. Aussig (Elbe). (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 4, S. 795.) Bei 35 schweren inoperablen Karzinomen konnten die Resultate E. G. Mayers nicht bestätigt werden. Es wurden vor jeder Bestrahlung und noch längere Zeit nachher täglich je 10 ccm einer 20%igen, später 35%igen chemisch reinen Lösung von Dextrose — Merck — injiziert. Schwere Kataererscheinungen, über deren Ausbleiben bei dieser Therapie schon andere Autoren berichtet hatten, traten niemals auf. Allerdings soll dank Kochsalztropfklysmen der Röntgenkater bei den Fällen des Verf. auch vorher schon nicht mehr aufgetreten sein. Irgend welche Nebenwirkungen der Traubenzuckerinjektionen wurden nie beobachtet; ein Einfluß auf den Krankheitsverlauf war, wenn überhaupt, nur sehr gering. W. Curth-Berlin.

Indikationsstellung und Dauererfolg der Röntgenbestrahlung bei Sarkomen, von P. Rostock, Chir. Abt. Krkhs. Bergmannsheil Bochum. (Fortschr. d. Ther., 1928, H. 8, S. 241.) Nach wie vor sind inoperable Sarkome zu bestrahlen. Man kann das Wachstum hemmen und das Leben verlängern. Dagegen soll jedes operable Sarkom zunächst unbedingt mit dem Messer angegangen werden. Weder Messer noch Bestrahlung stellen das Ideal dar, beide zusammen aber leisten das zur Zeit Erreichbare. H. Lippert-Köln.

Mund und Nase

Der weiche Gaumen (W. G.), ein Träger von Krankheitszeichen, von P. Neuda-Wien-Bad Hall. (M. Kl., 1928, Nr. 18, S. 695—698.) Charakteristisch ist, daß die Erscheinungen scharf mit der Grenze zwischen weichem und hartem Gaumen abschneiden,

Digitized by Google

was dafür verwertet werden kann, daß hier auch die Grenze zwischen Ektoderm und Entoderm zu suchen ist. Es zeigen sich am weichen Gaumen Gelbfärbungen, und zwar auf die Winkel beschränkt bei Erkrankungen der Gallenblase allein, diffus bei Erkrankungen der Leber selbst. Das normalerweise vorhandene Fettlager ist gewöhnlich nicht zu sehen; wird es sichtbar, so ist das der Ausdruck von Fettstoffwechselstörungen. Von seiten der Gefäße kommt es zu Hyper- und Anämien, fleckweise Rötungen entsprechen Veränderungen an den Kapillaren. Sie sind charakteristisch für die innere Lues, und zwar sind sie bei der akquirierten Lues grobfleckig, bei der kongenitalen kleinfleckig, so daß sich hier mehr das Bild einer gleichmäßigen Marmorierung ergibt.
E. Levin-Berlin.

Sur la vaccination anti-aphtheuse (Über die Impfung gegen Maul- und Klauenseuche), von H. Vallée, H. Carré und P. Rinjard. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 14, S. 1187—1189.) Die Möglichkeit einer Schutzimpfung der Rinder gegen Maul- und Klauenseuche durch subkutane Einspritzung eines durch Altern oder Zusatz von Formaldehyd seiner Virulenz beraubten Antigens war schon früher nachgewiesen worden. Angesichts der Unmöglichkeit, das Virus in vitro zu züchten, bestand bisher eine Schwierigkeit für die Gewinnung genügend großer Mengen von Impfstoff. Man erhält diese jedoch durch Züchtung in vivo beim Meerschweinchen, das in seiner ganzen Masse nach Entfernung der Haut, der Knochen und der Eingeweide, dazu verwendet wird. Nach Zusatz von Formol erhält man ein steriles Antigen, das in einer Menge von 50 ccm auf einmal oder von zweimal 25 ccm in Pausen von 14 Tagen eingespritzt eine für den Erfolg der Impfung bei Rindern günstige starke örtliche Reaktion zeigte. Der Schutz gegen bei Kontrolltieren sicher infektiöse Dosen virulenter Lymphe war ein vollständiger.
E. Levin-Berlin.

Talg- und Schweißdrüsen

Ein ausgebreiteter Ektodermaldefekt (Fehlen der Schweißdrüsen), von E. Janitzkaja und M. Rjabow, I. Med. Univ.-Kl. Moskau. (Zschr. f. kl. M., 1928, Bd. 107, H. 3/4, S. 381.) Bei allen bisher in der Literatur bekannten Fällen von Fehlen der Schweißdrüsen — samt dem eigenen Falle des Verf. sind 10 beschrieben worden — fand sich eine eingedrückte oder sattelförmige Nase; in 6 Fällen bestand daneben eine chronische Rhinitis atrophica; in allen Fällen wurde das Vortreten der Superziliarbögen und der dicken fleischigen Lippen beobachtet; in einigen Fällen war das Lippenrot unscharf begrenzt. Bei allen Fällen wurde eine Aplasie und eine Deformierung der Zähne im Sinne eines breiten Halses und einer spitzen Krone, in 4 Fällen sogar völlige Zahnlosigkeit beobachtet; bei allen Kranken bestand eine angeborene Hypotrichosis, sogar die Flaumhaare fehlten. Die histologische Untersuchung der haarlosen Haut ergab ein fast völliges Fehlen der Haarpapille und der Talgdrüsen; doch finden sich auch in papulösen Effloreszenzen degenerierte, von Akanthosis umgebene Drüsen mit follikulären Öffnungen. Die Haut ist in allen Fällen meist rosa, weich, dünn, trocken und beweglich; in einigen Beobachtungen war das elastische Gewebe vermindert, in anderen die Epidermis verdünnt, in anderen die Kutisschicht dünn. Schweißdrüsen oder ihre Anlagen wurden nicht gefunden. Die Nägel waren ebenfalls deformiert, bald von schnabelförmigem Bau, bald flach mit nicht in die Haut eingebetteten Seitenrändern, bald mit Furchen versehen. In 3 Fällen waren die Ohren deformiert. Bei einzelnen Fällen war die Intelligenz herabgesetzt, bei anderen fehlt der Geruchsinn oder der Geschmacksinn. Unter den subjektiven Symptomen ist das allen Fällen gemeinsame schnelle Erhitztwerden bei physischer Arbeit oder nach heißem Getränk oder nach heißen Speisen bemerkenswert; die Körpertemperatur kann bis über 39° C steigen, dabei bestehen große Schwäche, Atemnot, Herzklopfen, Schwindel und Kopfschmerzen. Die Krankheit ist vererbbar, betrifft aber zumeist das männliche Geschlecht.
F. Winkler-Wien.

Über die Innervation der Schweißdrüsen und die chirurgische Behandlung der Hyperhidrosis, von W. Braeucker, Chir. Univ.-Kl. Hamburg-Eppendorf. (Kl. W., 1928, Nr. 15, S. 683.) An Hand eines Falles von sehr starker Schweißabsonderung an Händen und Füßen einer Patientin, die nach und nach einer Operation — Durchtrennung der entsprechenden Rami communicantes — unterzogen wurde, konnte die Innervation der Schweißdrüsen eingehend studiert werden. Verf. kommt daraufhin zu folgenden Schlüssen: Es wird die autonome Funktion der Hautorgane von dem in der Haut gelegenen Nervennetz unterhalten. Durchschneidet man die Rami communicantes, so atrophieren zwar die vegetativen Fasern, aber peripherwärts nur bis zu der nächst-

Digitized by Google

gelegenen Zentralstelle. Die Nervenzellen des kutanen Nervennetzes bleiben auch nach völliger Abtrennung vom Zentralnervensystem bzw. von den Ganglien des Grenzstranges funktionsfähig und verhindern so die Degeneration der Erfolgsorgane. Gifte, die mit dem Blute zur Peripherie gelangen, brauchen nicht an den Endorganen und ihren Zellen anzugreifen, sondern können auf das kutane Nervennetz und seine Zentralstellen einwirken. Die Endstrecken der sekretorischen Bahnen bleiben mit dem Nervennetz der Haut erhalten. Es kann hier z. B. noch Pilokarpin angreifen. In dem beobachteten Falle gelang es, eine schwere Hyperidrosis durch die Durchtrennung der entsprechenden Rami communicantes zu beseitigen, trotzdem sprach die Haut noch 10 Monate nach der Durchtrennung auf Pilokarpin hin mit einer Schweißsekretion an, so daß man annehmen muß, daß das Pilokarpin an der stehengebliebenen Endstrecke der sekretorischen Bahnen angegriffen hat. E. Langer-Berlin.

Haare und Nägel

Hereditary Dystrophy of the Hair and Nails (Erbliche Dystrophie des Haares und der Nägel), von A. W. Jacobsen-Buffalo. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 9, S. 686.) Verf. berichtet über eine Familie, wo von 64 auf 5 Generationen verteilten Gliedern 22 von Alopezie mit gleichzeitigen Nagelveränderungen befallen waren; 2 dieser Fälle, ein 7jähr. Mädchen und dessen 41jähr. Mutter betreffend, werden genauer nebst zugehörigem Stammbaum beschrieben. Von diesen 22 Individuen hatten alle die typische Dystrophie der Nägel, 18 davon sollen völlig haarlos bis auf kleine weiche Haare an der oberen und seitlichen Kopfgegend gewesen sein und vier einzelne verstreute Haarbüschel gehabt haben. Gleichmäßige Beteiligung beider Geschlechter. Ätiologie völlig ungeklärt. Möglicherweise spielen endokrine Störungen eine gewisse Rolle — mangelhafte Funktion der Schilddrüse. M. Stern-München.

Das Haar als Ursache von Neuralgien, von S. Sofoteroff-Belgrad. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 14, S. 841.) Die vier beobachteten Neuralgien betrafen je zweimal die Achselhöhle und die behaarte Schamgegend. An der vollkommen entzündungsfreien Haut fanden sich in ihren tieferen Schichten knäuelartige, mit der Haut verwachsene und bei Betastung außerordentlich schmerzhafte Neubildungen. Die Exzision ergab jedesmal ein in der Form eines Knäuels, rund um seine Wurzel innerhalb der Haut gewachsenes Haar. Nach Entfernung der Haarknoten verschwanden auch die neuralgischen Schmerzen. F. Landauer-Berlin.

Über klimakterische Gesichtsbehaarung, von H. Rosenhagen, Path. Univ.-Inst. Hamburg. (Zieglers Beitr., 1928, Bd. 79, H. 3, S. 653.) An einem Sektionsmaterial von 2000 Fällen wird durch Wägung und histologische Untersuchung der Ovarien, Nebennieren und Hypophyse die Ursache der Bartentwicklung alter Frauen aufzuklären versucht. Eine wesentliche Klärung war dadurch nicht möglich; bei der Entwicklung können verschiedene Faktoren mitsprechen. Außer innersekretorischen Gründen kommen in der Anlage begründete Störungen der chromosomalen Struktur der Zellen in Betracht, aus denen sich während des Lebens die Geschlechtsmerkmale entwickeln. F. Rosenthal-Berlin.

Der Einfluß des Cholesterinpräparates Trilysin auf den Haarausfall, von W. Joseph-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 9, S. 343.) Versuche mit Trilysin, die auf experimentellen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs fußten, ergaben sehr gute, eindeutige Erfolge bei beginnendem und fortgeschrittenem seborrhoischem Haarausfall. Die Erfolge sind um so besser, je frühzeitiger die Behandlung einsetzt, bevor es zu abnormer Verhornung und zu Atrophie der Drüsen gekommen ist. Auch in einem malignen Fall von Alopecia areata wurde Besserung erzielt. E. Levin-Berlin.

Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs. Bemerkungen zu der Arbeit von Linser und Kähler im Jahrg. 7, Nr. 3, S. 116 dieser Wochenschrift, von R. Jaffé-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 13, S. 599.) Verf. wendet sich gegen die Arbeit von Linser und Kähler (Ref. Derm. W., Bd. 86, S. 816), die seine Annahme von dem Zusammenhang von Cholesterinstoffwechsel und Haarwachstum bezweifeln. Seiner Ansicht nach spricht es nicht gegen die Cholesterinwirkung, wenn auch mit anderen differenten und indifferenten Stoffen die Anregung des Haarwachstums gelungen ist. Man muß, wenn man eindeutige Resultate erzielen will, zu den Versuchen alte Kaninchen in den Wintermonaten nehmen. Den Ausgangspunkt für die Versuche bildete die Beobachtung, daß Mäuse, denen man Teer auf die Haut applizierte, ihre Haare verloren; dagegen trat dies

Digitized by Google

nicht ein, und es erfolgte ein starkes Nachwachsen der Haare, wenn der Teer Cholesterin enthielt. Auch Vergleichsversuche zwischen einem dem Trilysin in seiner Zusammensetzung gleichen Präparat und einem solchen ohne den Lipoidzusatz ergaben die sichtbare Überlegenheit des lipoidhaltigen Präparates. Auch die bisherigen Versuche am Menschen sprechen für die Richtigkeit der Behauptung. E. Langer-Berlin.

Erwiderung, von K. Linser und H. Kähler-Dresden. (Kl. W., 1928, Nr. 13, S. 600.) Verff. lehnen auch nach der obigen Stellungnahme Jaffés dessen Gründe für die Wirksamkeit eines cholesterinhaltigen Haarwassers = Trilysin ab, da nach ihrer Ansicht bei den Versuchen es weniger auf die Zusammensetzung des Präparates ankam als auf den durch die Applikation gesetzten Reiz. Nach ihrer Ansicht ist die nach Jaffé zuverlässige Brauchbarkeit des Kaninchens für derartige Versuche noch nicht erwiesen. Die Versuche am Menschen besagen nicht viel, da auch andere alkoholische Haarwässer die gleichen Resultate ergeben. E. Langer-Berlin.

Ein Beitrag zur Behandlung der Alopezie mit künstlicher Höhensonne, von L. Leiter. (W. m. W., 1928, Nr. 9, S. 302.) Gute Resultate bei Alopezien verschiedener Provenienz. Im Selbstversuch neues Haarwachstum auf jahrzehntelang bestehender Glatze beobachtet. E. Langer-Berlin.

Alopecia areata, von E. Uhlmann, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1928, Nr. 14, S. 547.) Übersichtsreferat.

Zur Frage der Ätiologie und Therapie der Alopecia areata, von A. Koslowa. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1928, Jg. 24, Nr. 5.) Bericht über 25 Fälle von Alopecia areata, bei denen Lues und Pilzerkrankungen ausgeschlossen werden konnten, welche unter Quarzlichtbehandlung in Kombination mit Arsonvalisation, teilweise unter Anwendung von Spermokrin in verhältnismäßig kurzer Zeit hergestellt wurden.

A. Jordan-Moskau.

Dermatomykosen

La classification botanique des champignons des teignes (Die botanische Klassifizierung der Erreger von Pilzerkrankungen), von J. Guiart und L. Grigorakis. (Lyon méd., 1928, Nr. 14, S. 369.) Verff. haben eine Einteilung der Hautpilze nach ihren Reproduktionsorganen aufgestellt. Die neue Einteilung ergibt folgendes Bild: Hauptgruppe: Arthrosporen mit den Untergruppen Aleurisma und Mykoderma. Aleurisma umfaßt die Spezies, die in Mutterkulturen eine große Zahl Spindeln, Chlamydosporen und Aleurien aufweisen, also die Genus Mikrosporum und Trichophyton. Das Genus Mikrosporum seinerseits wird wieder eingeteilt in die Unterarten Closterosporia (pudröse Kulturen mit zahlreichen Spindeln) und Closteroaleurosporia (Kulturen mit einem Flaum, wenig pudrös, mit wenig mehr oder weniger atypischen Spindeln und Aleurien): zu der Unterart Closterosporia mit dem Prototyp Microsporon lanosum gehören das frühere M. felineum, pubescens, fulvum, Achorion gypseum, Tr. asteroides, radiolatum und endlich das Epidermophyton inguinale; der Typ der Unterart Closteroaleurosporia ist das M. Audouini. Zu ihr gehören außerdem noch M. tardum, umbonatum, A. Quinckeanum, Tr. persicolor und farinulentum. Das Genus Trichophyton wird seinerseits eingeteilt in die Unterarten Chlamydoaleurosporia (Mutterkulturen enthalten Chlamydosporen und Aleurien) und Aleurosporia (Mutterkulturen enthalten fast nur Aleurien); zu den Chlamydoaleurosporia mit dem Typ Trichophyton crateriforme gehören weiterhin Tr. umbilicatum, fumatum und lacticolor. Die Aleurosporia umfassen mit dem Trichophyton acuminatum als Typ das Tr. effractum, rasaceum, plicatile, radians und denticulatum. Die Untergruppe Mykoderma, dargestellt durch das Genus Achorion, umfaßt alle Arten mit zahlreichen Arthrosporen; sie wird je nach dem Aussehen der Kultur, dem Eintritt des Pleomorphismus, dem Gehalt der Arthrosporen an Glykogen und Kernen wiederum in drei Untergruppen eingeteilt: Die Unterart Grubyella umfaßt das frühere Achorion Schoenleinii und Microsporon ferrugineum; zu der zweiten Unterart Endodermophyton gehören das Endodermophyton concentricum und indicum; die dritte Unterart Bodinia umfaßt das frühere Tr. violaceum, faviforme album und ochraceum.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Microsporum lanosum et trois espèces cryptogamiques satellites isolées dans un cas de teigne tondante (Microsporon lanosum und drei begleitende kryptogame Arten bei einem Falle von Trichophytie), von C. Martins. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 13, S. 1164—1166.) Die Erkrankung des Kindes war von einem Hunde ausgegangen. Die Charaktere der als Microsporon lanosum anzusprechenden Kultur stimmten nicht vollkommen mit der Beschreibung von Sabouraud überein, was

Digitized by Google

auf das gleichzeitige Auftreten dreier kryptogamer Arten in den gleichen Röhrchen zurückgeführt wird. Wahrscheinlich handelt es sich um besondere Arten, deren Keim gleichzeitig mit dem Mikrosporon auf den Nährboden übertragen worden ist.

E. Levin-Berlin.

Ringworm and Its Treatment (Trichophytie und ihre Behandlung), von J. M. H. Mac Leod. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3511, S. 656.) Zusammenfassende Schilderung der hierbei beteiligten Pilzarten, deren verschiedenen Unterarten, ihrer pathogenen Wirkung und der klinischen Erscheinungen auf der behaarten und der unbehaarten Haut. In therapeutischer Hinsicht gibt Verf. eine Darstellung der üblichen Heilmittel einschließlich der Behandlung mit Thalliumazetat. Er macht vielfach Gebrauch von einer Salbe mit 3—5% Salizylsäure und Benzoesäure bei verschiedenen Formen der Erkrankung.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen mit Thallium bei Haarpilzerkrankungen, von H. Marti, Med. Abt. Kantonspital St. Gallen. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 16, S. 409—410.) Bei einer in einer Kinderkrippe aufgetretenen kleinen Mikrosporieepidemie durch Microsporon Audouini wurde mehrere Wochen nach einer mit unvollkommenem Erfolge vorgenommenen Röntgenepilation die Thalliumbehandlung in einer Dosierung von 7,5 mg pro Kilogramm ausgeführt und vollkommener Erfolg erzielt. Die Röntgenmethode ist wegen der mit ihr verbundenen Gefahren und der schwierigen Ausführung bei kleineren Kindern zugunsten der Thalliummethode zu verlassen.

E. Levin-Berlin.

L'acétate de thallium dans le traitement des teignes (Thalliumazetat bei der Behandlung der Mikrosporie), von J. Mouzon. (Presse méd., 1928, Nr. 31, S. 484.) Historischer Überblick über die Verwendung des Thalliumazetats bis zu den neuesten Ergebnissen von Buschke, die Verf. bestätigt. Die Indikation beschränkt er wie Buschke auf Kinder vor der Pubertät, Dosis 5—8 mg, große Endemien, Gegenden (Kolonien), wo Röntgenepilationen undurchführbar.

D. Abel-Lörrach.

Dermatophytosis — The Newer Ringworm (Dermatophytosis — die neueren Mykosen), von F. D. Weidman-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 7, S. 499.) Verf. rechnet zu den Dermatophytosen mit Ausnahme des Favus alle oberflächlichen Pilzaffektionen an intertriginösen Stellen. Nach der neueren Anschauung gehören hierher viele schuppende oder ringförmige Dermatosen, die bis dahin für Ekzem, Psoriasis, Lichen planus und hartnäckige Intertrigo gehalten wurden. So wurden z. B. bei 67% der Medizinstudierenden von Pennsylvania Pilze zwischen den Zehen gefunden. Die Hauptansiedelungsstellen der Pilze sind die intertriginösen Stellen zwischen den Zehen, Fingern, Genitalgegend, Achselhöhlen, submammär und perianal. Manchmal sind auch in sicheren Fällen die Pilze nicht nachzuweisen. In den U.S.A. sind 15 Arten von Hyphomyzeten und Hefepilzen beschrieben worden. Die Zehenaffektion wird in Badeanstalten übertragen. Die Pilzaffektion kann sich in seltenen Fällen über die ganze Haut ausbreiten, skarlatiniform, kleinschuppend oder kleinpapulös aussehen. In solchen Fällen hat man aus dem Blut und den Lymphdrüsen Pilze züchten können. Da die Pilze sehr lebensfähig sind, kann durch die Kleidung bei empfindlichen Menschen leicht eine Reinfektion stattfinden. Für die Therapie kommen Teer, Chrysarobin, Quecksilber und besonders Salizylsalbe, letztere bis 8%, in Betracht. Beliebt ist in U.S.A. Whitfield's ointment: eine Salbe mit Acid. salic. 3% und Acid. benzoic. 5%. Verf. versucht eine Methode auszuarbeiten, um mit Hilfe von harmlosen Bakterien die Pilze zu überwuchern. Da die Pilze gegen hohe Temperaturen nicht widerstandsfähig sind, ist vielleicht auch trockene Hitze zu versuchen.

A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Im Anschluß an den Stoffwechselkongreß in Amsterdam veranstaltet Prof. W. Storm van Leeuwen im Pharmakotherapeut. Institut zu Leiden am 15. September einen Kurs über allergische Krankheiten mit Berücksichtigung der Hautreaktionen und allergenfreien Kammern.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 35 (Bd. 87) 1. September 1928

Bemerkungen zum Züchtungsverfahren des Schizosaccharomyces hominis Benedek, 1927

1. Mitteilung: Die Primärkultur (das makroskopische Bild)

Von

Dr. T. Benedek in Leipzig

Mit 7 Abbildungen im Text

Die systematische Darstellung der Morphologie und Biologie des Schizos. hom. allein ermöglicht nicht ohne weiteres, um durch Aussaat von Schuppenmaterial usw. mit einiger Leichtigkeit und Sicherheit zu Primärkulturen zu gelangen. Die hierzu notwendigen Ausführungen konnten naturgemäß in der systematischen Darstellung keinen Platz finden. Es soll hier daher versucht werden, in drei Mitteilungen:

a) über die Bedingungen der Primärkultur,
b) über die Primärkultur im mikroskopischen Bilde,
c) über Blutkulturen

zu berichten.

Seit den grundlegenden Arbeiten von Sabouraud, H. C. Plaut u. a. m. über Züchtungsverfahren bei Hyphomykosen hat sich eine Standardmethode herausgebildet, zu der man kaum noch etwas Förderndes hinzuzufügen vermag. Das Wesentliche in dieser mykologischen Arbeitsmethodik — und zugleich ein Abrücken von bakteriologischen Arbeitsweisen — war die Züchtung der Mykoseerreger (Trichophyton, Mikrosporon, Favus, Sporotrichum usw.) außerhalb des Brutschrankes, i. e. bei Zimmertemperatur von 16—18° C. Diese richtig erkannte Temperatur, die ja für die meisten in Betracht kommenden Dermatophyten eben die optimale ist, sicherte bei Verwendung von optimalen Nährböden (Sabouraud, Grütz usw.) den größtmöglichen Ertrag an Hyphomyzeten in der vorgenommenen Aussaat.

Die hier in ihren Grundzügen kurz geschilderten Bedingungen für die Primäraussaat bei den Hyphomykosen gelten im großen und ganzen auch für die Blastomykosen.

Die Voraussetzungen einer gelungenen Primärkultur bei der Schizosaccharomykose weichen dagegen hiervon nicht unwesentlich ab. Zum Gelingen einer Primärkultur sind im allgemeinen drei Momente von Wichtigkeit:

a) die optimale Aussaat,
b) der optimale Nährboden,
c) die optimale Temperatur.

Digitized by Google

a) Die optimale Aussaat

Die Primäraussaat muß sehr reichlich sein. Hauptsächlich kommen hierfür Schuppen in Betracht, seltener Haare, Abszeßeiter oder Nagelmaterial. 40—60—100 kleine und kleinste Partikelchen muß man zur Aussaat bringen, um ein Gelingen der Kultur einigermaßen zu sichern. In wenigen Fällen kommt man dagegen überraschenderweise schon mit dem Zehntel dieses Materials aus.

Woher kommen diese auffallenden Unterschiede? Eine Antwort darauf müssen wir in der Allergie des vom Schiz. hom. angegriffenen Organismus suchen.

Bei keiner der bisher bekannten Mykosen — sei es durch Hyphomyzeten oder Hefen verursacht — spielt die Allergie des Organismus eine so hervorragende und zentrale Rolle, wie bei der Schizosaccharomykose. Sogar bei der Trichophytie, bei der die Verhältnisse der Allergie auf Grund der ausgedehnten Forschungen von Bloch, Jadassohn und ihrer Schulen als am besten untersucht gelten dürfen, hat das Züchtungsverfahren als solches mit den allergischen Zuständen kaum einen wesentlichen Verknüpfungspunkt.

Bei der Spalthefemykose müssen die Verhältnisse der Allergie — als ein Ausdruck des großen gegenseitigen Kampfes zwischen Erreger und Organismus — zum Verständnis und zugleich wohl zur einzig richtigen Erklärung der kulturellen Tatsachen (Art der Primäraussaat, launenhaftes Gelingen der Kulturen) in den Mittelpunkt des Interesses gerückt werden.

Es besteht — das muß mit Nachdruck hervorgehoben werden — ein kolossales Mißverhältnis zwischen der Menge der Krankheitsprodukte (Schuppen usw.) und der darin enthaltenen züchtbaren — oder noch züchtbaren — Keime. Die Krankheitsprodukte — vornehmlich Schuppenmaterial — sind relativ sehr keimarm, da der Erreger im Kampfe mit dem Organismus teils überhaupt zugrunde geht — spontaner Rückgang der klinischen Erscheinungen —, teils so hochgradig in seiner Vitalität geschädigt wird — was die eigenartigen Befunde bei den Blutkulturen ganz überzeugend beweisen —, daß er auf einen künstlichen Nährboden übertragen zur Vegetation nicht mehr fähig ist. Wenn wir noch in Betracht ziehen, daß nicht nur der Erreger, sondern seine Toxine für sich allein dieselben Krankheitserscheinungen hervorrufen können (Tierexperimente, Versuche beim Menschen mit Kulturfiltrat), können wir verstehen, daß die Menge der Krankheitsprodukte mit der Anzahl der tatsächlich vorhandenen organisierten Erreger schon aus diesem weiteren Grunde nicht in einem geraden Verhältnis zu stehen braucht.

Auf Grund von vielen Hunderten von Primärkulturen kann ich im allgemeinen sagen, daß je geringer die Schuppung ist — z. B. an den Wangen oder auf der behaarten Kopfhaut — um so leichter gelingen die Kulturen. Die Schwierigkeiten wachsen fast proportional, je dichter (psoriatiform) die Schuppung wird.

Die Schuppung ist der Ausdruck und gewissermaßen ein Maßstab des örtlichen Kampfes. Je heftiger der Kampf — Produktion von Schuppenmassen — um so größer zugleich der Untergang, die Vernichtung des Erregers.

Digitized by Google

Das Gesagte führt wohl zum Verständnis der erhobenen Forderung nach einer reichlichen Aussaat in der Primärkultur und gibt zugleich eine den Tatsachen gerecht werdende Erklärung für die bestehenden Verhältnisse.

b) Der optimale Nährboden

Für die Primäraussaat ist der von mir angegebene 8%ige Glukoseagar[1]) der Nährboden der Wahl. Warum? Zunächst, weil der Schizos. hom. auf keinem der am häufigsten verwendeten Nährböden (Saboubaud, Grütz) so charakteristisch in seinen Kolonien, so typisch in seinen Formen und so sicher wächst, wie eben auf diesem Spezialnährboden.

Es ist kein Zufall, der mich zur Einführung dieses Nährbodens leitete. Von jeher ist meine Gewohnheit, zur ersten Aussaat die verschiedenen Nährböden — feste und flüssige — zu verwenden. So konnte ich gleich bei der Entdeckung der Spalthefe feststellen, daß die Nährböden von Saboubaud, wie die von Grütz überhaupt keine einzige Kolonie der Spalthefe aufwiesen, während mein Spezialnährboden die ersten Kolonien derselben schon nach 24—48 Stunden in einer absolut charakteristischen Form zeigte, die mit Kolonien anderer Hefen und Bakterien nicht zu verwechseln war. Würzenährböden (flüssige, mit Agar [3%] oder Gelatine [15%] versetzt) scheiden für die Primäraussaat überhaupt aus, da die Spalthefe auch in den späteren Subkulturen höchstens auf Würzgelatine eine geringe Vegetation zeigt. Die später durchgeführte systematische Untersuchung an Reinkulturen zeigte dann, daß der Schizos. hom. in den Subkulturen sowohl auf den Nährböden von Saboubaud wie auf den von Grütz sogar überaus üppig gedieh. Es setzte aber schon nach 24 Stunden eine kolossale Versporung ein, so daß das mikroskopische Bild des Erregers und ihr Erkennen ganz erheblich gestört wurde.

Durch die rasch einsetzende Versporung auf allen übrigen Nährböden, außer meinem 8%igen Glukoseagar, zeigt der Erreger ganz eindeutig den ihm am meisten zusagenden Nährboden. Das diesbezügliche Verhalten des Schizos. hom. stimmt vollkommen mit unserer Kenntnis über die Bedingungen der Versporung bei den anderen sporenbildenden Spalthefen und Sproßhefen überein.

In den Krankheitsprodukten (Schuppen, Haaren) ist der Erreger praktisch stets nur in Sporenform[2]) vorhanden. Wenn wir also die Primäraussaat etwa gleich an einem dem Erreger wenig zusagenden Nährboden (Saboubaud, Grütz) oder an einem überhaupt nicht zusagenden (Würzenährböden) vornehmen, ist es ganz selbstverständlich, daß wir auch die Sporen zu keinerlei Auskeimung, i. e. Kolonienbildung, anregen. Experimentell kann man diese Eigenart des Schizos. hom. am besten und

[1]) Die Zusammensetzung ist die folgende:

rohe Glukose Merck	8,0
Pepton Merck	1,0
Agar-Agar	2,0
Aq. dest.	100,0

[2]) Bisher gelang es mir ein einziges Mal, den Schizos. hom. im Punktat eines subkutanen Knotens der Achselhöhle im Ausstrich in vegetativen Formen darzustellen.

Digitized by Google

deutlichsten auf Würzeagar vor Augen führen. Wenn man nämlich aus einer 24 Stunden alten, ausschließlich aus vegetativen Formen bestehenden Kultur auf 8 %igem Glukoseagar eine Aussaat auf Würzeagar vornimmt, so tritt absolut kein Wachstum ein. Wenn man nach 48 Stunden eine Spur von dieser Aussaat mikroskopisch untersucht, so kann man sich überzeugen, daß nur noch fast ausschließlich Sporen vorhanden sind. Die Sporen sterben aber durchaus nicht ab. Auch nach langen Monaten kann man sie vom Würzeagar auf 8 %igen Glukoseagar übertragen zur Auskeimung und üppigen Vegetation bringen.

Schon anläßlich der systematischen Darstellung des Schizos. hom. habe ich darauf hingewiesen, daß es von der ersten Subkultur an völlig gleichgültig ist, welchen Nährboden man zur Weiterzüchtung des Erregers verwendet. Sogar reine Peptonnährböden (Milieu de conservation von Sabouraud, von Grütz, Nährboden von Gorodkowa) sind dazu geeignet. Trotzdem kann man mitunter die Erfahrung machen, daß einzelne Stämme, die auf dem 4 %igen Glukoseagar von Sabouraud ein tadelloses Wachstum zeigen, auf dem 4 %igen Maltoseagar von Sabouraud oder auf dem Maltosenährboden von Grütz in Parallelversuchen überhaupt nicht wachsen.

Ein sehr wichtiger Vorteil meines Spezialnährbodens ist der, daß all jene Sporen und Keime, die in dem zur Aussaat gelangenden Material vorhanden sein können, vor dem Untersucher nicht verborgen bleiben, sondern alles, aber alles zur Keimung gelangt.

Dies mag im ersten Augenblick recht eigenartig und für einen „Spezialnährboden" wohl widerspruchsvoll sein. Und dennoch bietet diese Eigenschaft des 8 %igen Glukoseagars für das mykologische Studium der Schizosaccharomykose einen unvergleichlichen Vorteil. Nur auf einem solchen Nährboden kann man echte Keimstudien machen, wenn man auf die gestellte Frage nach der Vielseitigkeit und Keimreichtum eines Aussaatmaterials eine wahrheitsgemäße Antwort erhalten will. Nur so war ich in der Lage, aus den äußerst komplizierten und wahrhaftig undurchsichtigen und verworrenen Verhältnissen bezüglich der Mykologie des Eczema seborrhoicum Unna zu wahren Tatsachen zu gelangen. Weder die Malassezschen Sporen, noch die Staphylokokken, noch die Streptokokken, Hefen, Schimmelarten blieben vor meinen Augen verborgen. Nimmt man für die erste Aussaat z. B. Würzeagar, so wachsen harmlose Hefen, verschiedene Schimmel oder überhaupt nichts; für alle Fälle werden aber Staphylokokken und Streptokokken so vollkommen in ihrer Entwicklung abgebremst, daß man der Meinung sein könnte, die genannten Keime seien im Material überhaupt nicht vorhanden gewesen. Dieselbe Probe — immer dieselben äußeren Bedingungen: Zeit, Temperatur usw. eingehalten — zeigt dagegen auf den Nährboden von Sabouraud, Grütz ein vorzügliches Wachstum für Staphylokokken, Streptokokken, viel weniger oder erst viel später für Hefen und Schimmel. Mutatis mutandis könnte man diese Verhältnisse an Hand vieler Keime und Nährböden veranschaulichen. Aber kann man auf diese Art — frage ich — natürliche Verhältnisse studieren? Sicherlich nicht! Auf meinem 8 %igen Glukoseagar wächst alles: Schizos. hom., Staphylokokken, Streptokokken, Hefen, Schimmel usw.; es bleibt nichts unterdrückt, nichts verborgen.

Digitized by Google

Die große Korrektur, die trotz alledem aus diesem 8 %igen Glukoseagar einen für den Schizos. hom. einzig tauglichen elektiven Nährboden für die Primäraussaat macht, liegt — wie wir gleich sehen werden — in der Wahl der Züchtungstemperatur.

Wohin die einseitige Verwendung von gewissen wirklich elektiven Nährböden in der mykologischen Forschung führen kann, zeigen vortrefflich zwei Tatsachen aus der jüngsten Zeit. So gelang nämlich Haxthausen, durch Züchtung auf einem Kristallviolett-Nährboden nachzuweisen, daß die „Pityriasis simplex capillitii" sowohl als auch die „Pityriasis simplex faciei" durch „Streptokokken" bedingt seien. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 22, S. 474.) Acton und Panja haben dagegen mit einem zweiten elektiven Nährboden ebenso erwiesen, daß die eben genannten Pityriasisformen sowohl als auch die Pityriasisgruppe von Sabouraud überhaupt, bis einschließlich der Dermatitis papillaris capillitii Kaposi und die Fox-Fordyceschе Krankheit durch das Pityrosporon Malassez bedingt seien. (Indian med. gaz., 1927, Bd. 62, Nr. 11, S. 603—614.) Zu diesem überraschenden Resultat sind diese Autoren durch einen recht komplizierten Glyzerin-Eiernährboden mit dem Zusatz von Gentianaviolett gelangt. Daß sowohl Haxthausen als auch Acton und Panja ein Opfer ihrer besonders elektiven Nährböden geworden sind, geht aus meinen Untersuchungen klar hervor.

Haxthausen wie Acton und Panja haben ihre Nährböden so spezifisch abgestimmt, daß der erstere Autor stets nur Streptokokken, die letzteren dagegen — nach ihren Angaben — ausschließlich das Pityrosporon Malassez züchteten.

Ich behalte mir vor, mich mit den Resultaten der vorgenannten Autoren noch sehr eingehend auseinanderzusetzen.

Wenn ich mich bei der Nährbodenfrage etwas länger aufgehalten habe, geschah das aus prinzipiellen Gründen. Es mußte einwandfrei gezeigt werden, weshalb mein Spezialnährboden für die Primäraussaat eine Conditio sine qua non ist, weshalb andere Nährböden für den gleichen Zweck ungeeignet oder absolut untauglich sind. Es mußte zugleich darauf hingewiesen werden, zu welchen Irrtümern eigenartige elektive Nährböden führen können.

c) Die optimale Temperatur

Ich habe schon kurz erwähnt, daß eine absolute Korrektur für meinen Spezialnährboden in der Züchtungstemperatur liegt. Die optimale Temperatur für den Schizos. hom. ist 27° C. Sie liegt eben in der Mitte von zwei sehr wichtigen Temperaturgrenzen: namentlich nach unten für Schimmelarten, nach oben für Bakterien. Schimmelarten (Penicillium, Mucor, Aspergillus usw.), die die Kulturen leicht überwuchern, gedeihen bei 16—18° C, also bei Zimmertemperatur. Bei 27° C ist ihre Keimung dagegen derart verzögert, daß man in der für den Schizos. hom. einzig wichtigen und in Betracht kommenden Zeitspanne — 24 bis 48 Stunden nach der Aussaat — von ihnen noch keine Spur sieht. Ihr Wachstum ist also hintangehalten, abgebremst. Die gewöhnliche Brutschranktemperatur von 37° C begünstigt dagegen das Wachstum von Bakterien — Streptokokken, Staphylokokken — und verzögert die Keimung des Schizos. hom. nicht unerheblich. Bei 27° C ist dagegen die Vegetation der Bakterien auf ein absolut nicht störendes Mindestmaß herabgedrückt.

Wenn in einer Aussaat der Schizos. hom. überhaupt vorhanden ist, so ist seine Kolonie in den ersten 24—48 Stunden längst

Digitized by Google

linsen- bis pfennigstückgroß auf meinem Spezialnährboden und bei 27° C, ehe irgend welche Keime auf der Agarfläche erschienen sind und das Bild stören könnten. Eine Ausnahme bilden nur der Streptococcus mucosus und der B. subtilis, für die die untere optimale Grenze 27° C sehr nahe liegt. Die Form ihrer Kolonien und das mikroskopische Bild ihrer Individuen ist aber vom Schizos. hom. derart verschieden, daß es sich erübrigt, darauf hier näher einzugehen.

Ist in der Aussaat auch nach 48 Stunden keine Spalthefekolonie gewachsen, so kann man das Röhrchen ohne weiteres ausmustern, darin ist bestimmt keine Spalthefe und sie wird nach dieser Zeit überhaupt nicht mehr wachsen. Jetzt kann man sehr genau beobachten, daß alles, was das Aussaatmaterial an Keimen überhaupt enthalten hatte, nach und nach zum Vorschein kommt: Bakterien, Hefen, Schimmel, bis endlich die letzteren alles überwuchern und alles Leben im Röhrchen vernichten[1]).

Einige Photogramme der Kulturen von Primäraussaat mögen das Gesagte veranschaulichen.

Abb. 1 a—c zeigt die Primärkulturen von einem Falle von „Pityriasis capitis" auf meinem Spezialnährboden nach 48 Stunden bei 27° C. Man kann vorzüglich die reiche Aussaat sehen und im allgemeinen feststellen, wie viel Partikelchen absolut unverändert geblieben sind. In Abb. 1a ist eine einzige, schöne, typische Kolonie des Schizos. hom. vorhanden, in deren Mitte man noch wie ein weißes Pünktchen das ausgesäte Schuppenmaterial erblicken kann. Alle übrigen Schuppen sind ganz unverändert. Abb. 1b beherbergt auch nur eine einzige Kolonie von Schizos. hom. Die Primärkolonie ist oben in der Mitte des Röhrchens, aus welcher durch üppiges Wachstum die Kolonie auf der schrägen Agarfläche heruntergeflossen ist. Dadurch ist das sehr charakteristische Bild des „zerflossenen Tröpfchens" entstanden. Abb. 1c ist vollkommen steril geblieben.

Abb. 2 zeigt die Primäraussaat aus Schuppen von „Pityriasis capitis" auf 8%igem Glukoseagar nach 48 Stunden bei 27° C. Abb. 2a, in der die Primärkolonie ebenfalls in der Mitte oben lag, zeigt das Bild des „zerflossenen Tröpfchens" mit einer sehr reichlichen Ansammlung des Parasiten im Kondenswasser. Abb. 2b zeigt drei prägnante Kolonien der Spalthefe im oberen Teil des Röhrchens. Die zwei unteren sind rund, die oberste beginnt bereits zu zerfließen. Außerdem sieht man unzählige feine, kleine stecknadelstich- bis stecknadelkopfgroße Kolonien von Staphylokokken.

Abb. 3 zeigt eine Primärkultur aus sehr spärlichen Schuppen von einem Falle von „Pityriasis simplex faciei" Willan, auf 8%igem Glukoseagar nach 48 Stunden bei 27°C. Das ganze Röhrchen war etwa mit nur 6—8 kleinen Schüppchen beschickt, wovon 3 noch in der Mittellinie der Schrägagarfläche deutlich sichtbar sind. Auskeimung erfolgte lediglich aus einem Partikelchen an der Grenze Schicht—Kondenswasser. Alles übrige ist steril geblieben.

Abb. 4 zeigt die Primärkulturen von einem Falle der lokalisierten Schizosaccharomykose (Pityriasis capitis Willan, Seborrhoea sicca Hebra) auf 8%igem Glukoseagar. Beide Röhrchen waren zunächst 48 Stunden lang bei 27°C bebrütet. Nach dieser Zeit wuchs lediglich eine einzige Kolonie von Schizos. hom. (im Röhrchen a bei ×). Nachher sind die Röhrchen weitere 3 Tage bei Zimmertemperatur gehalten worden. Vorzüglich sieht man im Röhrchen a, wie üppig Schimmelkolonien (vorwiegend Penicill. glauc. Link) dasselbe überwuchern, und wie selbst die Spalthefekolonie von einer Kolonie des Penicill. glauc. langsam bedeckt wird. Im Röhrchen b sehen wir mehrere Hefekolonien, Staphylokokken und unten im Kondenswasser, wie einen feinen Schleier wassertröpfchendurchsichtiger Kolonien von Streptococcus mucosus.

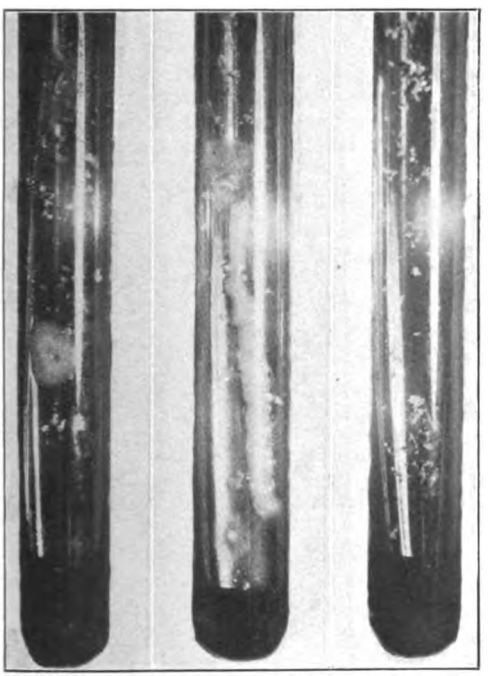
---

[1]) Läßt man hingegen die Primäraussaat von vornherein bei Zimmertemperatur (16—18° C) stehen — wie es für die Hyphomykosen sogar eine Bedingung ist —, so kommen andere Keime, vornehmlich Schimmelarten, viel rascher bei dieser für sie optimalen Temperatur zum Gedeihen, um bald alles zu verdecken.

Digitized by Google

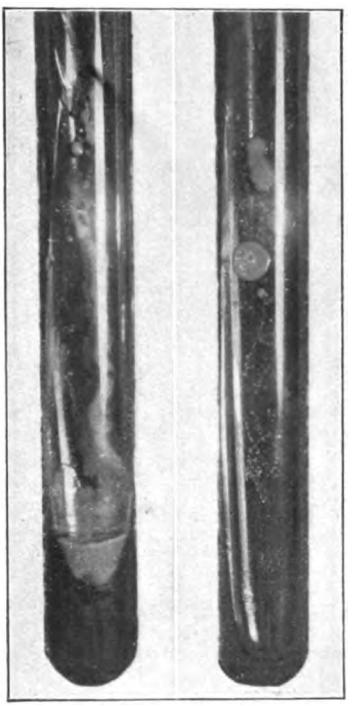
Abb. 5 zeigt eine Riesenkultur von Schizos. hom. Nr. 234 auf 8%igem Glukoseagar, 5 Monate alt, bei Zimmertemperatur gewachsen. Infolge der sehr langsamen Versporung auf diesem zusagenden Nährboden trat eine sekundäre Keimung an der Oberfläche noch nicht auf; sie ist daher noch ganz glatt.

Abb. 6 zeigt die Riesenkultur desselben Stammes wie in Abb. 5, aber auf dem 4%igen Maltoseagar nach Sabouraud. Das Alter beider Kolonien (Abb. 5 und 6) ist gleich, beide sind bei Zimmertemperatur gewachsen. Die Oberfläche dieser Riesenkultur auf Sabouraud zeigt unzählige stecknadelstich-, stecknadelkopf- bis über linsengroße sekundäre Kolonien auf dem Rücken der total versporten Mutterkolonie. Wenn



a b c

Abb. 1. Primärkulturen von Schizos. hom. auf 8%igem Glukoseagar von Benedek, 48 Std. alt, 27° C



a b

Abb. 2. Primärkulturen von Schizos. hom. auf 8%igem Glukoseagar von Benedek, 48 Std. alt, 27° C

man eine sekundäre Kolonie und dicht daneben die unveränderte Mutterkolonie mikroskopisch untersucht, so sieht man, daß die Sekundärkolonie aus vegetativen Formen besteht, während die Mutterkolonie dicht daneben total versport ist.

Diese Eigenschaft ist höchst charakteristisch für Hefen. Sporentragende Bakterien keimen niemals auf dem Nährboden aus, wo sie versport sind. Bei Sproßhefen finden wir dagegen recht häufig — z. B. die sporenbildenden Willia-Arten —, daß sie — wie der Schizos. hom. — nach totaler Versporung auf demselben Nährboden nochmals auskeimen.

Abb. 7 zeigt zum Schluß eine eigenartige Riesenkultur von Schizos. hom. Nr. 375 auf 4%igem Glukoseagar nach Sabouraud, 4 Monate alt, bei Zimmertemperatur gewachsen. Ich bringe dieses Photogramm aus dem Grunde, da dieser Stamm sogar auf meinem

Digitized by Google

Spezialnährboden so große Individuen und barokke Formen hervorbringt (vgl. Mikrophotogramme, Mitteilung II), wie ich bisher bei meinen weit über 3000 Primärkulturen nur auf Glyzerinkartoffeln beobachten konnte.

Da ich zur Zeit weit über 250 Einzelfälle untersucht habe, kann ich mich in meinem Urteil auf eine gewisse Übersicht und Erfahrung stützen. Die Notwendigkeit einer reichlichen Aussaat, wie auch den Vorteil der Verwendung des 8%igen Glukoseagarnährbodens, ferner den Sinn der Züchtung bei der optimalen Temperatur,

Abb. 3. Primärkultur von Schizos. hom. auf 8%igem Glukoseagar von Benedek, 48 Std. alt, 27° C

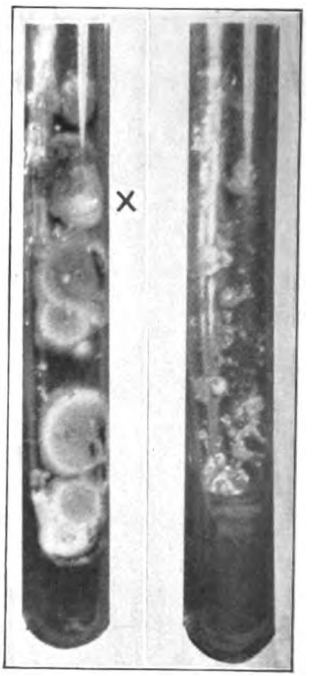


Abb. 4. Primärkultur von Schizos. hom. auf 8%igem Glukoseagar von Benedek, zuerst 48 Std. lang bei 27° C, dann bei Zimmertemperatur (16—18° C)

habe ich zu zeigen versucht. Das kolossale Mißverhältnis zwischen der Menge des ausgesäten Schuppenmaterials und den gelungenen Kulturen habe ich auch erwähnt. Zahlenmäßig ergibt die Züchtung etwa 10—15 v. H. positive Resultate in bezug auf die Anzahl der beschickten Kulturröhrchen[1]). Diese Zahl — das möchte ich ganz besonders her-

[1]) Hier ist es sehr am Platze, darauf hinzuweisen, daß die Zahl der gezüchteten Keime, bzw. die ihrer Kolonien pro Kulturröhrchen — in bezug auf die Ätiologie gar keine Schlüsse weder im positiven noch im negativen Sinne zuläßt. Die Beweise müssen andere Methoden und nicht die Mykologie liefern. Diese Anmerkung machte eine Annahme von Haxthausen notwendig, der die Zahl der gewachsenen Streptokokkenkolonien als den ätiologischen Beweis für die „Pityriasis streptogène"

Digitized by Google

vorheben — ist ja nicht zu verwechseln mit den positiven Kulturresultaten in den einzelnen Krankheitsfällen bei der Spalthefemykose. Das kulturelle Ergebnis in bezug auf die Spalthefe ist in jedem Falle von Spalthefemykose positiv (100%).

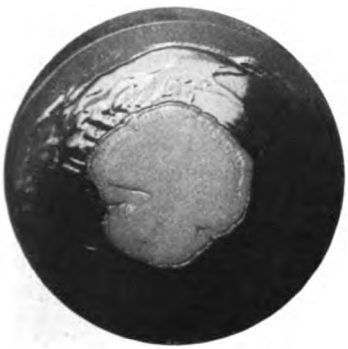


Abb. 5. Riesenkultur von Schizos. hom. auf 8%igem Glukoseagar von Benedek, 5 Monate alt. Wahre Größe 3 cm Durchmesser. Farbe: gelbcreme

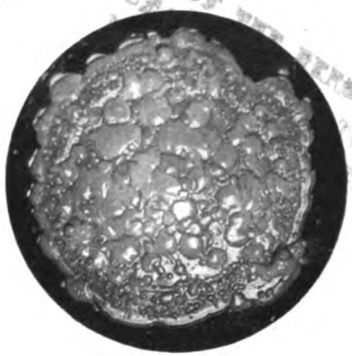


Abb. 6. Riesenkultur von Schizos. hom. auf 4%igem Maltoseagar von Sabouraud, 5 Monate alt. Wahre Größe 4 cm Durchmesser. Farbe: milchkaffeebraun

Um Mißverständnissen vorzubeugen, möchte ich darauf hinweisen, daß man in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bereits mit einer Kulturserie (3—5 Röhrchen) positive Resultate erzielt. In manchen Fällen kann man wiederum erleben, daß man eine positive Kultur auch bei ununterbrochenen Kulturserien erst in 6—8—10 Wochen erlangt. Dies ist vornehmlich der Fall, wenn man mit „psoriatiformer" Schuppung („Eczema seborrh. psoriatiforme" Unna) zu tun hat. Es gibt aber fließende Übergänge und überraschende Gegensätze, so daß eine bestimmte, absolut geltende Gesetzmäßigkeit aufzustellen unmöglich ist. Immerhin muß man diese Besonderheit der Schizosaccharomykose stets vor Augen halten, um zu keinen Fehlschlüssen zu gelangen.

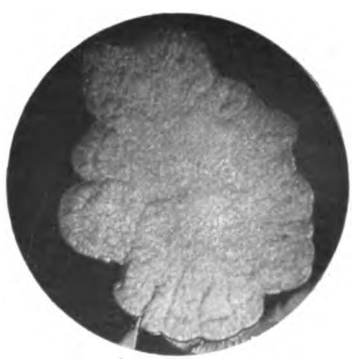


Abb. 7. Riesenkultur von Schizos. hom. auf 4%igem Glukoseagar von Sabouraud, 5 Monate alt. Wahre Größe 4 × 4,5 cm Durchmesser. Farbe: gelbcreme

Die Lebensdauer und Widerstandsfähigkeit des Erregers ist sowohl in Reinkultur als auch in den Krankheitsprodukten (Schuppen) außerordentlich groß. Über 2 Jahre alte, total eingetrocknete, eine kaum zerkratzbare Schicht bildende Agarkulturen der Spalthefe geben

verwerten wollte. (Haxthausen, Ann. de Derm., 1927. V, 4, vgl. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 24, S. 454.) Eine derartige Beweisführung hat bereits Sabouraud in einer Entgegnung auf Haxthausens obige Arbeit ganz entschieden zurückgewiesen. (Sabouraud, Ann. de Derm. et de Syph., 1927, Bd. 8, S. 321, vgl. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1928, Bd. 28, S. 564.)

Digitized by Google

auf frischen Nährboden übertragen eine üppige Vegetation. Ich habe mir ferner Schuppenmaterial von den Fällen meiner ersten Beobachtungen (über 2 Jahre alt) in kleinen Pillenschachteln trocken aufbewahrt. Die jüngst vorgenommene Aussaat ergab in 24 Sunden positive Kulturen der Spalthefe. Obwohl diese Feststellung an sich viele Parallelen[1]) in der Mikrobiologie besitzt, verdient sie doch hervorgehoben zu werden. Sie gibt zumindest einen Anhaltspunkt über die Infektiosität von Krankheitsprodukten, die an alten Gebrauchsgegenständen (Haarkämme, Haarbürsten, Kopfbedeckung usw.) haften.

Die Sporen, die in dem Schuppenmaterial wohl ausschließlich in Frage kommen, sind auch in Reinkultur sogar gegen feuchte Hitze kolossal widerstandsfähig. Ich fand, daß die Sporen bei 90° C erst nach 10 Minuten absterben[2]).

Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich noch zum Schluß über die angestellten Kontrolluntersuchungen, soweit sie das mykologische Gebiet berühren, berichten.

An anderer Stelle habe ich bereits erwähnt, daß die Spalthefe aus den Krankheitsprodukten jener erythematosquamösen Dermatose, die eben die Schizosaccharomykose darstellt, stets zu züchten ist. Dagegen ist es mir noch nie gelungen, die Spalthefe von klinisch gesunden Hautstellen der an Spalthefemykose Leidenden trotz großer Untersuchungsserien zu züchten.

Als andersartige Dermatosen kommen zunächst und in erster Linie das Eczema sui generis und die Psoriasis vulgaris in Betracht.

Ich habe die verschiedensten klinischen Formen des Ekzems (E. acut. vesicul., E. madidans, E. chronic.), insgesamt 25 Fälle, mit der eingangs ausführlich dargestellten Methodik untersucht. Zur Verimpfung sind Bläscheninhalt (E. acut. vesicul.), Sekret (E. madidans) und Schuppenmaterial (E. chronic.) verwendet worden. Das Resultat war bezüglich der Spalthefe stets negativ trotz wiederholter Kulturserien in jedem einzelnen Falle.

Von der Psoriasis vulgaris — Fälle mit frischen Erstlingsschüben, solche mit frischen Rezidiven und sehr alte chronische Fälle mit jahrelang bestehenden Effloreszenzen — sind zusammen 10, aus leicht begreiflichen Gründen mit einer ganz besonderen Schärfe in monatelang fortgesetzten Kulturserien einer mykologischen Untersuchung unterzogen worden. Es ist nie gelungen, trotz einer äußerst reichlichen Aussaat von Material aus den Krankheitsprodukten die Spalthefe zu züchten.

Dagegen gelang es mir in allen 4 Fällen von sehr ausgedehntem, große Flächen des Integuments überziehendem Eczema seborrhoic. psoriatiforme Unna, mit einer sehr reichlichen, geradezu an Psoriasis vulgaris erinnernden Schuppenauflagerung die Spalthefe — in dem einen Falle sofort bei der ersten Kultur, in den 2 anderen Fällen dagegen erst nach 6—8 Wochen, bei ununterbrochenen, immer mit frisch

[1]) Duclaux fand noch 25 (!) Jahre alte Hefekulturen am Leben und vegetationsfähig (vgl. Guilliermond, Les levures. Doin, Paris 1912). — [2]) Hefen vertragen sonst feuchte Hitze sehr schlecht. Nach Hansen und Kayser vertrugen verschiedene Hefen feuchte Hitze für kurze Zeit (etwa 5 Minuten) bei 60° C. Viele vertragen dagegen trockene Hitze 5 Minuten lang sogar bei 120° C! (vgl. Guilliermond, l. c.).

Digitized by Google

entnommenem Material beschickten Kulturserien — zu züchten. Ebenso war das kulturelle Ergebnis an Spalthefe positiv in 6 weiteren Fällen dieses Typus der Affektion, die lediglich auf die behaarte Kopfhaut lokalisiert war.

Auch klinisch besteht schon ein sicherer Unterschied zwischen einem Eczema seborrhoicum psoriatiforme Unna, und einer Psoriasis vulgaris. Ich möchte nur an die Verschiedenheit der Schuppenauflagerungen und an den Unterschied der durch das Kratzen einer Effloreszenz hervorgerufenen punktförmigen Blutungen erinnern. Wenngleich diese zwei diagnostischen Hilfsmittel lediglich einen relativen Wert besitzen, sind sie bei einer scharfen und genauen Beobachtung doch brauchbar.

Ich muß mit aller Schärfe auf diese Unterschiede im mykologischen Ergebnis der kulturellen Untersuchung bei dem Eczema seborrhoicum psoriatiforme Unna und bei der Psoriasis vulgaris hinweisen. Es könnte denn der Fall sein, daß jemand einen sehr schuppenreichen Fall von Eczema seborrhoicum psoriatiforme klinisch irrtümlicherweise für Psoriasis vulgaris hält und im Falle der positiven Kultur der Spalthefe die gesamten ätiologischen und pathogenetischen Folgerungen daraus für die Psoriasis vulgaris herleiten würde.

Die Psoriasis vulgaris hat auch aus mykologischen Gründen mit der Schizosaccharomykose nicht das geringste zu tun, trotz möglicher, fließender Übergänge im klinischen Bilde zwischen den beiden genannten Dermatosen.

Das Schuppenmaterial aus den exanthematischen Effloreszenzen der Pityriasis rosea — in 15 Fällen — ergab kulturell stets negative Resultate. Über Zusammenhänge zwischen der Schizosaccharomykose und der Pityriasis rosea habe ich bereits in einer früheren Arbeit berichtet.

Zusammenfassung

Die kulturelle Untersuchung von weit über 250 Einzelfällen der Schizosaccharomykose mit über 3000 Primärkulturen hat folgendes gezeigt:

1. Die Primäraussaat (Schuppen, Haare, Abszeßeiter) muß sehr reichlich sein, da die Krankheitsprodukte relativ sehr keimarm sind. Das kolossale Mißverhältnis zwischen der Menge der Krankheitsprodukte und der Anzahl der züchtbaren Keime wird einesteils mit dem erhöhten Untergang der organisierten Erreger durch die Allergie des Organismus erklärt, anderenteils auf die Wirkung der Toxine zurückgeführt.

2. Für die Primäraussaat ist der 8%ige Glukoseagar der Nährboden der Wahl. Paralleluntersuchungen mit den Nährböden von Sabouraud und Grütz haben bei der Primäraussaat stets ein negatives Ergebnis bezüglich der Spalthefe gezeigt.

Von den ersten Subkulturen an ist es dagegen gleichgültig, welchen Nährboden (Sabouraud, Grütz) man für die Weiterzüchtung verwendet. Würze-Nährböden kommen jedoch auch für diesen Zweck nicht in Frage, da infolge sofortiger Versporung keine Vegetation stattfindet.

3. Die Primäraussaat muß unbedingt im Thermostat bei 27°C bebrütet werden. Dadurch werden die Schimmelarten (optimale Temperatur 16—18°C) und Bakterien (optimale Temperatur 37°C) in

Digitized by Google

ihrer Entwicklung weitgehend gehemmt. Innerhalb 48 Stunden ist die Kolonie des Schizos. hom. linsen- bis pfennigstückgroß auf dem 8%igen Glukoseagar und bei 27°C. Ist nach dieser Zeit keine Spalthefe gewachsen, so kann das Kulturröhrchen ausgemustert werden, da dort keine Spalthefe mehr wächst.

4. Die Kontrolluntersuchung bei dem Eczema sui generis, bei der Psoriasis vulgaris und bei der Pityriasis rosea haben gezeigt, daß die Spalthefe aus den Krankheitsprodukten nicht gezüchtet werden kann.

5. Die Psoriasis vulgaris hat trotz gewisser Übergänge im klinischen Bilde zu dem Eczema seborrh. psoriatiforme Unna aus mykologischen Gründen mit der Schizosaccharomykose nichts zu tun.

Literatur

Benedek, T., Schizosaccharomyces hominis. Zbl. f. Bakt., Bd. 104, Abt. 1, Orig. — Benedek, Weitere Beiträge zur Klinik der Schizosaccharomycosis hominis. Arch. f. Derm., Bd. 155, S. 225 (Kongreßbericht). — Benedek, T., Über Schizosaccharomykose (Ätiologie, Pathogenese, Klinik). Arch. f. Derm., im Drucke. — Benedek, T., Schizosaccharomycosis sycosiformis. Derm. W., 1928, Bd. 86, S. 425. — Benedek, T., Schizosaccharomykid. Derm. W., 1928, Bd. 86, S. 536.

Zur Behandlung der Gonorrhoe des Weibes

Von

Dr. Th. Katz in Nürnberg

Die Gonorrhoe des Weibes und ihre Behandlung galt schon immer als ein Grenzgebiet zwischen der Gynäkologie und der Dermatologie, d. h. beide Disziplinen suchten im Gegensatz zu sonstigen Gepflogenheiten möglichst diese Erkrankung ab- und dem Nachbarn zuzuschieben. Den Gynäkologen interessierten meist nur Uterus und Adnexe. und seine Sorge war, diese Organe möglichst von Erkrankung frei zu halten; daher die etwas überängstliche Vorsicht in der lokalen Gonorrhoebehandlung, wobei natürlich die Beseitigung der Ansteckungsgefahr zu kurz kommen mußte. Andererseits betrachtete der Dermatologe die Krankheit lediglich aus der Gonokokkenperspektive, suchte um jeden Preis den Erreger zu vernichten, tat hierbei wohl ab und zu etwas zuviel des Guten. was dann zu Komplikationen führte. Diese Komplikationen bekam dann wieder nicht er, sondern der Frauenarzt zu Gesicht und wurde hierdurch in seiner Ansicht über die Behandlung bzw. Nichtbehandlung der weiblichen Gonorrhoe bestärkt.

So kam es, daß das ganze Thema als unfruchtbar recht wenig beliebt und die Arbeiten über die weibliche Gonorrhoe und ihre Behandlung recht spärlich waren. Dies änderte sich unter dem Zwange der Verhältnisse nach dem Kriege, als die Eindämmung der Geschlechtskrankenflut eine unbedingte Notwendigkeit wurde und man einsehen mußte, daß es trotz sorgfältiger und erfolgreicher Behandlung der männlichen Kranken nicht möglich war, die allgemeine Verbreitung der Gonorrhoe zu verhindern, wenn man nicht die weiblichen Gonokokkenträger ernsthaft in Behandlung nahm.

Es ist das Verdienst von Albrecht und Funk (1), an der zweiten gynäkologischen Klinik in München im Jahre 1919 an Hand von zahlreichem Material eine Behandlungsmethode ausgearbeitet zu haben, die geeignet war, allen Ansprüchen gerecht zu werden und bei richtiger Anwendung einerseits die Adnexe nicht gefährdete und andererseits in den meisten Fällen zur Keimfreiheit führte. Im Anschluß an diese Arbeit setzte nun eine lebhafte Diskussion ein, an der auch Verfasser (2) sich beteiligte und deren Ziel war, diese für die Klinik bestimmte Behandlungsmethode auch für die ambulante Praxis geeignet zu machen; denn nach Albrecht und Funk mußten die Patientinnen zweimal täglich vom Arzte vorgenommen werden, was sich außerhalb der Klinik in den seltensten Fällen durchführen läßt. Es galt Mittel zu finden, die es der Patientin ermöglichten, einen großen Teil ihrer Behandlung selbst durchzuführen, ähnlich wie es

Digitized by Google

PROPERTY OF THE SURGEON GENERAL'S OFFICE LIBRARY

der männliche Patient mit der Spritze tut, so daß sich der Arzt mit einer etwa 3mal wöchentlichen Behandlung und Kontrolle begnügen kann.

In diesem Sinne bedeuten die von NEERGAARD und SCHÄRER (3) in die Therapie eingeführten Partagonstäbchen einen ganz besonderen Fortschritt. Chemie und Pharmakologie des Partagons sind von den genannten Verfassern so erschöpfend behandelt, daß ich aus Gründen der Raumersparnis nicht näher darauf eingehen will. Nur soviel sei gesagt: Die Stäbchen bestehen aus einer elastischen Masse, die beim Einführen weder schmilzt noch bricht, dafür aber die Eigenschaft hat, in der Feuchtigkeit bis zum 3—4fachen ihres Volumens aufzuquellen und dabei eine vollkommen weiche Konsistenz anzunehmen. Das wirksame Agens ist $1^1/_2$%iges Arg. nitr. Es ist ohne weiteres einzusehen, daß 1. ein derartig hoher Silbergehalt außerordentlich stark auf die Gonokokken einwirken muß, und daß 2. eine allmählich quellende und weicher werdende Masse besonders geeignet ist, das wirksame Agens in alle Buchten und Falten der Schleimhäute zu bringen. Wenn auch, wie man neuerdings annimmt, die Wirkung der Silbersalze auf die Gonorrhoe nicht nur auf der Abtötung der Gonokokken beruht, so ist es wohl doch sehr wichtig, daß alle erreichbaren Keime unschädlich gemacht und die Entstehung von Gonokokkennestern verhütet wird, die sich bei zu frühzeitiger Verwendung von Adstringentien, auch in Verbindung mit Silbersalzen, durch die Verstopfung und Verlegung von Drüsenausführungsgängen bilden und die Ursache von Rezidiven werden. Ich brauche nur an die schlimmen Erfahrungen zu erinnern, die in dieser Hinsicht seinerzeit mit dem Reargon gemacht wurden. Jedenfalls kann man sich leicht vorstellen, daß durch die Quellung des Partagons die feinen Gänge eher offen gehalten als verschlossen werden. Ein nicht zu unterschätzender weiterer Vorzug ist die äußere Gestalt der Stäbchen. Diese zeigen eine ziemlich tiefe Querrillung, vermöge deren sie, einmal eingeführt, festgehalten werden und nicht, wie man das immer wieder bei anderen Stäbchen erlebte, unmittelbar nach der Einführung wieder herausrutschen und so die therapeutische Wirkung illusorisch machen. Diese Rillung ermöglicht weiterhin, das Stäbchen bequem zu halbieren, wodurch die Einführung in die Zervix gewissermaßen individuell dosiert werden kann.

Seitdem im Jahre 1925 das Partagon bekannt wurde, habe ich es in meiner Praxis verwandt und nicht wieder verlassen. Die Technik, die ich verwende, ist folgende:

1. Zervix und Vagina: Früh und abends Ausspülung durch die Patientin selbst mit 1 Liter warmem Wasser, darin gelöst 1 Eßlöffel 50%iger Chlorzinklösung, dann Einführung einer Cholevalvaginaltablette, tief in die Vagina, möglichst im Liegen, danach $^1/_2$ Stunde Bettruhe. Jeden 2. Tag durch den Arzt: Auswischen des Muttermundes, erst mit Wasser, dann mit 10%iger Arg.-nitr.-Lösung, Einführung eines halben Partagonstäbchens in den Muttermund, Vorlage eines Tampons mit 10%igem Ichthyolglyzerin, der am nächsten Tag von der Patientin an einer Schnur herausgezogen wird.

2. Urethra: Früh und abends Einführung eines ganzen Partagonstäbchens durch die Patientin, vorher urinieren, Vorlage eines Wattebausches.

Während der ganzen Behandlung werden Monatsbinden getragen.

Das Einführen der Stäbchen wurde infolge ihrer Festigkeit und infolge der Rillung von allen meinen Patientinnen ohne Schwierigkeit erlernt und durchgeführt, was früher bei Verwendung von Spritzen oder anderen Stäbchen durchaus nicht immer der Fall war. Die Behandlung dauerte selten länger als 2 Monate. Obwohl ich alle meine Patientinnen mindestens $^1/_2$ Jahr lang unmittelbar nach der Menstruation untersuche, hatte ich nur einen einzigen Fall, der der Behandlung trotzte und mit Injektionen von 2%igem Arg. nitr. in die Harnröhre weiter behandelt werden mußte.

Die Verträglichkeit der Stäbchen war so gut, daß ich sie nur bei einem einzigen Falle von ganz akuter Urethralgonorrhoe mit Zystitis nicht verwenden konnte.

Komplikationen konnten mit Sicherheit dadurch vermieden werden, daß ich bei starkem Fluor mich zunächst auf Spülungen und Vaginaltabletten beschränkte und mit der Einführung der Stäbchen in die Zervix erst nach Abklingen der akuten Erscheinungen begann. Außerdem empfiehlt es sich, mit dem selbstverständlichen Aussetzen jeder Lokalbehandlung während der Menstruation schon 3—4 Tage vor deren Eintreten zu beginnen. Gerade in den letzten Tagen vor der Menstruation treten die Reizerscheinungen der Adnexe am häufigsten auf, und allzu großer therapeutischer Eifer schadet gerade in dieser Zeit am meisten. Auf diese Weise gelang es mir bei den etwa 100 Fällen, die ich in annähernd 3 Jahren nach der beschriebenen Methode behandelte, ernste Komplikationen vollkommen zu vermeiden, wobei ich ausdrücklich bemerke, daß ich alle meine Patientinnen bis zum Schluß der Behandlung beobachten konnte.

Digitized by Google

Zusammenfassung

Die Heilung der weiblichen Gonorrhoe läßt sich mit Hilfe von Partagon fast immer in etwa 2 Monaten erreichen.

Bei akuten Fällen und 3—4 Tage vor der Menstruation ist die Lokalbehandlung zwecks Vermeidung von Komplikationen auszusetzen.

Literatur

1. Albrecht u. Funk, M. m. W., 1919, Nr. 27. — 2. Katz, M. m. W., 1922, Nr. 27. — 3. Neergaard u. Schärer, Derm. Zschr., 1925, Bd. 43, H. 1 u. 2.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Zeitschrift für Urologie

1928, Bd. 22, H. 4

Über die Nephro- und Pyeloröntgenoskopie, von J. Gottlieb und F. Strokoff-Moskau. S. 257.

Bemerkungen zur Erwiderung R. Jahrs auf meinen Vortrag „Ein neues Harnleiterzystoskop für Blasen geringen Fassungsvermögens" diese Zeitschrift, 1928, Bd. 22, H. 3, von A. Haebler-Berlin-Charlottenburg. S. 261.

Harnblasensteine beim Weibe, von A. Majanz-Moskau. S. 263. Blasensteine sind bei der Frau selten, relativ am häufigsten im Kindesalter. Sie liegen oft von früher Kindheit an in der Blase und werden erst bei der Erwachsenen diagnostiziert. Ätiologisch kommen in Frage gynäkologische Operationen, Fremdkörper und Blasenverletzungen bei der Geburt. Nierensteine werden in der Regel von der Blase durch die sehr weite und dehnungsfähige Urethra weitergegeben. Ein bei der Frau diagnostizierter Blasenstein ist zu entfernen, wenn auch seltenerweise recht große Steine spontan abgegangen sind. Verletzungen hierbei sind die Regel. Zweckmäßigste Therapie ist die Lithotripsie. Kontraindiziert ist diese nur bei erheblicher Blasenentzündung und festgewachsenem Stein. Die Sectio alta ist angezeigt bei kleinen Kindern, bei großen oder festen Steinen, Nierenaffektionen und gleichzeitiger Blasengeschwulst. Die Dehnung der Urethra über 3 cm und der vaginale Schnitt sollen unterlassen werden wegen der Gefahr der Infektion und Fistelbildung.

Beitrag zur Verwendbarkeit des Saprovitan in der Urologie, von R. Oppenheimer-Frankfurt a. M. S. 277. An einem Falle von schwerster Zystopyelitis, hervorgerufen durch Infektion mit Staphylococcus aureus, wurden zwei Jahre lang alle bekannten Behandlungsmethoden versucht. Selbst die Anlegung einer Blasenfistel war vergeblich. Eine Behandlung mit intravenösen Saprovitaninjektionen (Sächsisches Serumwerk) führte fast augenblickliche Besserung und dann völlige Heilung herbei. Empfohlen wird das unschädlichere Neosaprovitan, ein Präparat, aus dem der giftige Pyozyaneus weggelassen ist.

Über eine seltene Form der Blasenruptur, von E. Schwarz, Chir. Univ.-Kl. Rostock. S. 281. Durch Überfahren mit einem Auto waren mehrfache Rupturen der gefüllten Blase entstanden, und zwar am Blasenscheitel und am Ende der Urethra. Es gelang durch Ausspülen des Bauches den Urin unschädlich zu machen und die Blase durch Nähte wieder gebrauchsfähig zu machen, so daß völlige Heilung folgte.

Zur Frage der Vasoligatur bei Prostatahypertrophie, von K. Werwath, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Freie Stadt Danzig. S. 284. Die operative Unterbindung der Vasa deferentia in 18 Fällen von hochgradiger Prostatahypertrophie führte in 10 Fällen zu gutem klinischem Erfolg bei einer Beobachtungszeit von 2 Jahren. Richtige Indikationsstellung ist die Voraussetzung des Erfolges. Nur Fälle, die wegen vorgeschrittenen Seniums oder schwerer Komplikationen nicht mehr radikal zu operieren sind, kommen für die Vasoligatur in Frage. Sie ist also lediglich eine Palliativoperation.

Digitized by Google

1928, Bd. 22, H. 5

Über eine klinisch wichtige Form der angeborenen Nierenmißbildung, von J. N. Schapiro-Leningrad. S. 337.

Der „Belastungswasserversuch" als Nierenfunktionsprüfung, von F. Lebermann-Würzburg. S. 350.

Über das häufigere Vorkommen der kongenitalen Nierendystopie auf der linken Seite, von R. Fuchs, Chir. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 367.

Harnstoffbelastung als Nierenfunktionsprüfung, von H. Köhler-Berlin. S. 377.

Sitzung der Berliner Urologischen Gesellschaft

25. Oktober 1927

Heilung einer Incontinentia completa durch Uterusinterposition, von Stoeckel-Berlin. S. 379.

Über die moderne Röntgendiagnostik der Nierenerkrankungen, von J. Gottlieb-Moskau. S. 379.

Maligner Nierentumor und Gravidität, von Stoeckel-Berlin. S. 385.

Zur Kenntnis der subkapsulären Nierenhämatome, von H. Haebler. S. 386.

Neuartiger Apparat zur sterilen Aufbewahrung von Harnleiterkathetern, von Viethen. S. 389.

29. November 1927

Ein Fall von geschlossener Nierentuberkulose, von Schmutte. S. 393.

Zur Kenntnis der atypischen Condylomata acuminata des Penis, von W. Israel. S. 395. Die Kenntnis atypisch wachsender spitzer Kondylome ist therapeutisch ungemein wichtig. Es hat sich gezeigt, daß die klinisch destruierend wachsenden Tumoren nicht immer Karzinome zu sein brauchen. Entscheidend bleibt genaue vielfache histologische Untersuchung, um nicht zu wenig, aber auch nicht zuviel zu operieren. Die spitzen Kondylome des Penis teilt man am besten ein in das typische, nicht destruierende Kondylom und in das atypische Kondylom mit kontinuierlich destruierendem Tiefenwachstum, d. h. mit Übergang in Karzinom. Dazwischen liegen die atypische, nichtdestruierende Form und die von Buschke und Löwenstein geschilderte Gruppe der karzinomähnlichen spitzen Kondylome mit kontinuierlich destruierendem Tiefenwachstum.

Die Umstimmungs- und Durchspülungstherapie bei Zystitiden und Pyelitiden, von J. Goldberger-Karlsbad. S. 400. Die Umstimmungstherapie bezweckt die Umstimmung der Harnazidität. Der Grundgedanke fußt auf der Erkenntnis, daß die Wasserstoffionenkonzentration des Urins einen wesentlichen Einfluß auf die Vegetationsverhältnisse der Bakterien ausübt. Unkomplizierte Fälle von Zystitis und Pyelitis sollen in jedem Falle zuerst nur mit der Umstimmungstherapie behandelt werden, die mit einer Durchspülungskur zu verbinden ist. Als wirksame „Pufferlösung", die zur Blasenfüllung genommen wird, empfiehlt Verf. eine Mischung von einem Teil kristallinischer Borsäure und 2,6 Teilen Natrium boricum, gelöst in einer beliebigen Wassermenge.

Diagnostisch und klinisch ungewöhnlicher Fall von Nierenbeckenpapillom, von O. A. Schwarz-Berlin. S. 410.

Ein einfaches Verfahren zur Entfernung von Haarnadeln und anderen länglichen Fremdkörpern aus der Harnblase, von A. Freudenberg-Berlin. S. 412.

H. Lippert-Köln.

Annales des Maladies Vénériennes

1928, Jahrg. 23, Nr. 4

Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis (Der Liquor cerebro-spinalis bei der Syphilis), von Kirchberg. S. 241. In dem ersten Teil der groß angelegten Arbeit werden abgehandelt die Lumbalpunktion und die dabei zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln, der Liquor in bezug auf seine physikalischen und chemischen Eigenschaften (Druckbestimmung, Gefrierpunktbestimmung usw.), seine Bakteriologie und Zytologie, jedesmal unter ausführlicher Berücksichtigung der üblichen Untersuchungsmethoden und Färbungen.

Digitized by Google

Gomme syphilitique avec réaction ganglionnaire (Gumma syphiliticum mit Drüsenbeteiligung), von H. Malherbe-Nantes. S. 286. 43jähr. Pat. mit ausgedehntem, stark eiterndem Gumma an der Unter- und Oberlippe. Auffallend ist, daß die benachbarten Lymphdrüsen stark geschwollen und schmerzhaft sind, wobei Verf. die Frage offen läßt, ob es sich hierbei um eine spezifische oder eine Mischinfektion handelt.

F. Landauer-Berlin.

Journal d'Urologie

1928, Bd. 25, Nr. 2

Les péri-cystites phlegmoneuses diffuses (infiltration d'urine de la loge supérieure) (Die phlegmonösen diffusen Perizystitiden), von F. Legueu. S. 97. Phlegmonöse Perizystitiden sind bisweilen mit phlegmonösen Periurethritiden verknüpft, manchmal zeigen sich Ödem und kupferfarbene Verfärbung der Haut rings um den Anus mit Krepitation, bisweilen ist äußerlich nichts zu bemerken. Es bestehen eine erhebliche Störung des Allgemeinzustandes, hohes Fieber und Schmerzen in der Unterbauchgegend. Therapeutisch kommt operatives Vorgehen in Betracht, bei dem man sich aber nicht auf die Eröffnung des Cavum Retzii beschränken darf, sondern das ganze Gebiet um die Blase herum kontrollieren muß, und die Injektion eines antigangränösen Serums in die Wunde.

Mise en évidence par la radiographie de l'abcès périnéphrétique (Röntgenologische Sichtbarmachung des perinephritischen Abszesses), von E. Beer-New York. S. 106.

A propos de l'article de MM. J. Tissot et P. Thévenard sur le traitement abortif de la blennorragie par l'argyrol (Zum Artikel von Tissot und Thévenard über die Abortivbehandlung des Trippers mit Argyrol), von J. de Sard-Paris. S. 110. Der Verf. glaubt auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen, daß die Schlüsse Tissots und Thévenards unberechtigt sind, weil sie sich nicht des echten Argyrols bedient haben und ihren Versuchen eine ungenügende Beobachtung zugrunde läge.

Le diagnostic radiographique contemporain dans les maladies du rein (Die derzeitige röntgenologische Diagnostik der Nierenkrankheiten), von J. Gottlieb-Moskau. S. 116.

Tuberculose rénale atypique (Atypische Nierentuberkulose), von J. Epstein, Urol. Univ.-Kl. Moskau. S. 124.

A propos de la note de MM. Larget, Lamare et Moreau: „Le Bacillus exilis alcaligènes et le bacille acidogène de Pane-Cirillo sont-ils les agents les plus fréquents des infections vésicales?" (Zum Bericht von Larget, Lamare und Moreau: „Sind der Bacillus exilis alcaligenes und der Bacillus acidogenes Pane-Cirillo die häufigsten Erreger der Blaseninfektionen?"), von N. Pane und G. Cirillo-Neapel. S. 133. Beibringung von Material dafür, daß die im Titel genannten Bazillen doch die häufigsten Erreger der Blaseninfektionen sind.

1928, Bd. 25, Nr. 3

Evolution des greffons testiculaires et thérapie endocrine (Die Entwicklung überpflanzten Hodens und endokrine Therapie), von E. Retterer. S. 193. Stücke von Säugetierhoden, überpflanzt in die Vaginalis, bleiben am Leben. Epithel und Samenkanälchen bilden sich zuerst in retikuliertes, dann in schleimiges oder fibröses Gewebe um. Das Transplantat sondert plasmatische oder hormonale Stoffe in das Blut des Wirtes ab, die die Aktivität des Muskel-, Nerven- und Hautsystems erhöhen. Sorgfältig und nach den Regeln der Kunst angewandt, hat die Methode einen großen therapeutischen Wert.

Sur la dynamique des organes urinaires (Recueil clinique) (Über die Dynamik der Harnorgane [Klinische Übersicht]), von Stefanesco-Galatzi, Urol. Kl. Jassy, Rumänien. S. 204.

Contribution à l'étude de l'antigène gonococcique dans l'urine des malades atteints de blennorragie (Beitrag zum Studium des Gonokokkenantigens im Urin von Tripperkranken), von S. N. Lissovsky, Urol. Kl. Leningrad. S. 232. Der Verf. hat die Komplementbindungsreaktion 182mal bei 139 Kranken aller Stadien angestellt. Die Ergebnisse sind so ermutigend, daß die Fortführung der Untersuchung zu wünschen sei. Sie könnten nicht bloß mit dem Urin, sondern auch mit den Sekreten der Genitalorgane der Frau, mit Gelenkflüssigkeit usw. ausgeführt werden.

Digitized by Google

Le pneumo-péritoine, complication de la prostatectomie (Das Pneumoperitoneum, Komplikation der Prostatektomie). von E. Urech, Chir. Kl. Lausanne. S. 243.

Reflux vésico-rénal constaté après la fermeture d'une fistule vésico-vaginale inter-urétérale (Vesiko-renaler Rückfluß nach Schluß einer interureteralen Blasen-Scheidenfistel), von E. Chauvin. S. 246. Bericht über den Fall einer 31jähr. Frau, die von einer Uterusexstirpation her eine Blasen-Scheidenfistel zurückbehalten hatte.

Le traitement du rhumatisme blennorragique par les injections intraveineuses de gonacrine (Die Behandlung des gonorrhoischen Rheumatismus mit intravenösen Injektionen von Gonakrine [Trypaflavin]), von P. Adelmann. S. 249. Bericht über 10 Fälle, bei denen sich das Trypaflavin bei Arthritis gonorrhoica bewährt hat.

1928, Bd. 25, Nr. 4

Etude sur quelques cas de calculs de la prostate (Untersuchungen über einige Fälle von Prostatasteinen), von G. Gayet-Lyon. S. 305. Prostatasteine liegen entweder in der Pars prostatica der Urethra oder in der Prostata selber. Katheterismus, Kystoskopie und vor allem Röntgenaufnahme sichern die Diagnose. Steine der ersten Gruppe können bisweilen durch Lithotripsie entfernt werden, bei den anderen kommt operatives Vorgehen in Frage; suprapubisch bei urethrovesikalem Sitz, besonders bei reinen Blasensteinen, bei Steinen mit Adenom, bei kleinen, multiplen und disseminierten Steinen; perineal bei Vorhandensein eines einzigen, rektal fühlbaren, mäßig großen Steins oder bei vereiterter oder von Abszeß umgebener Prostata, auch wenn es sich hier um multiple Steine handelt.

La spermoculture. Sa technique. Sa valeur diagnostique (Die Spermakultur, ihre Technik, ihr diagnostischer Wert), von M. Gory und A. Jaubert. S. 324. Die Spermakultur hat, wenn sie positiv ausfällt, großen diagnostischen Wert. Ist sie negativ, so muß sie wiederholt werden, und zwar nicht früher als einen Monat nach Abschluß der Behandlung. Eventuell wird noch eine dritte Kontrolle 6 Monate später erforderlich. Jede Untersuchung erfordert große Sorgfalt, Geduld und Zeit. Bei der Bedeutung, die die Spermakultur aber hat, wird es erforderlich sein, neue Methoden zu finden, die einfacher als die heute gebräuchlichen sind.

La conversion de l'acidité urinaire et la diurèse forcée comme facteurs thérapeutiques dans les cystites et les pyélites (Die Umkehrung der Harnazidität und die forcierte Diurese als therapeutische Faktoren bei Zystitiden und Pyelitiden), von J. Goldberger-Karlsbad. S. 349.

Recherche d'un principe bactériophage contre le gonocoque (Untersuchung eines bakteriophagen Prinzips gegen die Gonokokken), von L. Balozet und E. Lepinay. S. 357. Eitrige urethrale, vulvo-vaginale oder uterine Sekrete tripperkranker Frauen, die durch Putrifizierung während 24 Stunden in Peptonbouillon aufgelöst worden waren, können einen hindernden Einfluß auf Gonokokkenkulturen haben, der aber nicht den Charakter des bakteriophagen Prinzips hat, da Weiterzüchtung im Serienversuch nicht möglich ist.

Bactériurie et cystalgie (Bakteriurie und Zystalgie), von Perrier-Genf. S. 359. Entgegnung auf die Arbeit Marions (Januar 1928): Miktionsstörungen können ebensogut Neuralgien sein, besonders wo derart Kranke häufig Neuropathen mit Ptosen sind.

Réponse à M. de Sard à propos du traitement abortif de la blennorragie par l'argyrol (Antwort an Sard: Zur Abortivbehandlung des Trippers mit Argyrol), von J. Tissot und P. Thévenard. S. 360. Die Verff. legen erneut ihren Standpunkt dar.

Un cas de tuberculose pyélo-urétérale d'apparence primitive (Ein Fall anscheinend primärer Nierenbecken-Harnleitertuberkulose), von L. Dax-Bordeaux. S. 364. Bericht über den Fall einer 45jähr. Frau, die mit Erfolg rechtsseitig nephrektomiert wurde. Das Wesentliche ist, daß der Blasenurin Tuberkelbazillen enthielt, der Nierenbeckenurin dagegen nicht, da die hauptsächlichste Lokalisation der Tuberkulose tiefer lag.

Kyste épididymaire vrai (Echte Epididymiszyste), von H. Godard. S. 368. Die exstirpierte Zyste der Epididymis umfaßte im Gegensatz zu den gewöhnlichen Befunden, bei denen die zystischen Veränderungen nur Teile des Nebenhodens umfassen, das ganze Organ.

Un traitement ambulatoire de l'orchite blennorragique (Eine ambulante Behandlung der Orchitis gonorrhoica), von R. Wurmser. S. 370. Milde Spülungen nur der Urethra anterior mit Kal. permang. 0.15—0.25 : 1000.0 (39°). 5 ccm Trypaflavin 2%ig intravenös. Suspensorium. Zum Schlafengehen für ½ Stunde heißen Leinsamen-

Digitized by Google

umschlag auf die betroffene Skrotal- und Leistenseite, Klystier von 60 ccm heißem abgekochtem Wasser mit 1 g Antipyrin + 15 Tropfen Laudanum, für das Bett wattegepolstertes Holzbrett in Hufeisenform an Stelle des Suspensoriums. Einschränkung der Bewegung. E. Sklarz-Berlin.

Il Dermosifilografo

1927, Bd. 2, H. 6

Durch Staphylokokken bedingtes pseudotuberkulöses Granuloma vegetans in der linken Unterkiefergegend. Heilung unter Keloidbildung (Granuloma vegetante pseudotubercolare della regione sottomandibolare sinistra di origine stafilococcica. Guarigione con cicatrice cheloidea), von A. Masia-Turin. Das Granulom bestand bei dem 64jähr. Pat. bereits seit 3 Jahren. Ätiologie: Staphylococcus pyogenes aureus. Therapie: Umschläge mit 2%iger Salizylsäurelösung bzw. 3%iger Kaliumchloratlösung. Behandlungsdauer: 2 Wochen. Pat. wurde durch 1 Jahr auf eventuelle Rezidive hin beobachtet; das Granulom heilte unter Bildung von Keloid vollkommen ab.

Bd. 2, H. 7

Gangrän des Genitales mit letalem Ausgang infolge Septikämie bei einem 15 Monate alten Mädchen (Gangrena dei genitali seguita da setticemia e morte in una bambina di 15 mesi), von F. Narducci-Perugia. Der Krankheitsprozeß hatte auf der linken großen Schamlippe in Form eines ungefähr linsengroßen, von einem roten Hofe umgebenen Bläschens begonnen und griff dann im Laufe eines Monates auf das ganze äußere Genitale über. Im Strichpräparat: Streptokokken. Therapie: Es wurde Arsenobenzol Neo 0,07 bzw. 0,15 intravenös versucht. Nach einer leichten lokalen Besserung verschlimmerte sich der Allgemeinzustand. Nach 11tägiger Behandlung Exitus an Sepsis. Verf. ist der Ansicht, daß es sich hier aller Wahrscheinlichkeit nach um einen Fall von primärer Gangrän des Genitales gehandelt hat, wie er zum erstenmal von Fournier (1896) beschrieben wurde.

Schwerer, seit 4 Jahren bestehender Fall von Ulcus molle, geheilt durch spezifische Vakzinetherapie (Grave caso di ulcera molle datante da circa quattro anni guarito colla vaccinoterapia spezifica), von L. Rigo-Pavia. 34jähr. Pat., Ulcus venereum, welches das rechte kleine Labium und das Ostium vaginale einnahm und bis hoch hinauf auch auf die hintere Vaginalwand übergegriffen und zu einer teilweisen Zerstörung des Gewebes in der Urethralgegend geführt hatte. Ätiologie: Streptobazillen. Wassermann: negativ. Kutireaktion: leicht positiv. Therapie: Vakzine „Dmelcos". Nach 11 Injektionen Heilung. Unterstützende Therapie: Vaginalspülungen, Dermatol, Karbolsäureätzung, 2 Monate nach Genesung Erysipel des äußeren Genitales und der Analgegend. Lokalbehandlung und Injektion von kolloidalem Silber: Heilung. In der Analgegend hatten sich nach Ablauf des Erysipel zwei fleischige Auswüchse gebildet, die reichlich pyogene Bakterien beherbergten und auf Anwendung von Jodglyzerin und Ichthyol zur Rückbildung kamen.

Über einen Fall von Tertiärlues mit im Endokard (Mitralis) und in der Lunge lokalisierten Herden (Di un caso di localizzazioni luetiche terziarie endocardia [mitralica] e polmonare), von G. Castelli-Florenz. Fall von banaler Herzklappenentzündung bei einem latenten Syphilitiker (oder syphilitischer Mitralaffektion?), bei welchem es trotz anscheinend bedrohlicher Erscheinungen nach einer kombinierten Wismut-Arsenobenzol-Jodkur zum Schwinden sämtlicher Beschwerden gekommen ist.

Bd. 2, H. 8

Bemerkungen über einen Fall von papulo-nekrotischem und nodulärem Tuberkulid (Considerazioni sopra un caso di tuberculide papulo necrotica e nodulare), von A. Radaeli-Genua. 32jähr., sicher nicht luetische Frau. Hirsekorn- bis linsengroße, papulöse Effloreszenzen von rosaroter bis dunkelvioletter Farbe; einzelne davon sind von einer festhaftenden schwärzlichen Kruste bedeckt, unter der man einen ziemlich tiefen, leicht blutenden Substanzverlust wahrnimmt. Befallen sind speziell Ellenbogen- und Kniegegend, Gesäß und Oberschenkel, weniger die Beine, die Streckseite des linken Oberarmes, Handrücken und Fingerkuppen. Am unteren Drittel der Unterschenkel: Erythema nodosum Bazin. Lymphdrüsenschwellungen. Beiderseitiger Lungen-

Digitized by Google

spitzenkatarrh. Wassermann- sowie Hechtreaktion: negativ. Tuberkulinreaktion (Kutanprobe): stark positiv. Ektebineinreibungen. Abklingen des papulösen Hautprozesses; Narben von einem leichten Pigmenthof umgeben. Erythema nodosum Bazin auffallend gebessert.

Ein Beitrag zum Studium der Kälteurtikaria (Contributo allo studio dell'orticaria da freddo), von G. Del Vivo-Genua. Die Blut- und Harnanalyse ergab normale Werte. Die hämoklasische Krise fiel positiv aus. Wassermann ++++; Hecht ++++. Tuberkulinprobe: negativ. Antiluetische Kur; außerdem 7 Eigenbluteinspritzungen. Keine Beeinflussung des Leidens. Verf. nimmt an, daß es sich bei der Kälteurtikaria um einen anaphylaktischen Vorgang handelt.

Seltene, durch den Acarus scabiei bedingte Erscheinungen (Granuloma acaricum) (Sintomatologia rara da acaro della scabbia (Granuloma acarico), von F. Bonaduce-Bari. Bei der 40jähr., sonst stets gesund gewesenen, an Scabies leidenden Pat. entwickelte sich im Laufe eines Jahres eine Hautaffektion, die auffallend an Psoriasis bzw. an einen auf verruköser Grundlage entstandenen Entzündungsprozeß erinnerte. Als Ursache konnten äußerst zahlreich in den Schuppen vorhandene Milben des Sarcoptes major festgestellt werden.

Atrophisierende Alopezie (Alopecia diradante e atrofizzante), von G. Bertaccini-Perugia. Verf. beschreibt kurz einen Fall von atrophisierender Alopezie, bei dem klinisch und histologisch keinerlei follikuläre Entzündungsprozesse festgestellt werden konnten. Als ein eventuell in Betracht kommendes ätiologisches Moment wurde bei dem 21jähr., sonst vollkommen gesunden Pat. eine äußerst leicht beeinflußbare Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems beobachtet.

Bd. 2, H. 9

Die Behandlung des Ulcus venereum und seiner Komplikationen mittels des aus demselben gewonnenen Vakzins (La cura dell'ulcera venerea e delle sue complicazioni con i vaccini da essa estratti), von G. B. Podestà-Genua. Günstige Erfahrungen mit dem Nicolleschen Vakzin „Dmelcos" sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht. Die versuchte intradermale Behandlung hatte keinen nennenswerten Erfolg.

Ein Fall von biotroper Reaktion auf Arsenobenzol (Un caso di reazione biotropica arsenobenzolica), von F. Brunetti-Turin. Bei einem frischen Luesfall wurden zwei intravenöse Injektionen von Neargirolo (0,10 bzw. 0,20) gemacht, die anstandslos vertragen wurden. 5 Tage nach der zweiten Injektion erkrankte Pat. an Influenza; 8 Tage nach der Entfieberung Fortsetzung der antiluetischen Kur mit Neargirolo 0,15. 2 Stunden hernach schweres Unwohlsein, heftiger Erregungszustand, Schüttelfrost, leichte Zyanose des Gesichts, träge Pupillenreaktion, Patellarsehnenreflexe lebhaft; Puls weich, klein, 140. Temperatur 39° (durch 24 Stunden). Heftige Kopf- und Rückenschmerzen. Therapie: Adrenalin- und Kampferinjektionen; Eisbeutel, Digalen. Nach 3 Tagen Befinden normal. Wiederaufnahme der antiluetischen Kur mit Bi. Verf. faßt die nach der zweiten Injektion aufgetretenen stürmischen Erscheinungen als eine sog. biotrope Reaktion im Sinne Milians auf. Gewisse Medikamente besitzen nach Milians Ansicht nekrotrope Wirkung und bewirken das Absterben von Zellelementen bzw. von Bakterien, andere hinwiederum sollen einen Reiz im positiven Sinne entfalten und daher biotrop wirken. Das Arsenobenzol wirkte auf die Influenzakeime biotrop und provozierte so den plötzlichen Ausbruch der Erkrankung. Auf Grund dieser Auffassung rät Verf., Arsenobenzolpräparate nach Influenza bzw. nach anderen infektiösen Erkrankungen nur mit Vorsicht anzuwenden.

Die Behandlung von Knochenerkrankungen mittels des Diathermo-Koagulator-Bohrers Masotti (La cura delle affezioni ossee mediante il trapano diatermo-coagulatore Masotti), von A. Masotti-Bologna. Durch einen an einem Diathermieapparat angebrachten Bohrer werden Gewebs- bzw. Knochenabtragungen vorgenommen, wobei die hierbei bewirkte Blutgerinnung das Arbeiten sehr erleichtert bzw. eine eventuelle Weiterverbreitung von Krankheitskeimen verhindert.

Gonorrhoischer Abszeß in der vorderen Perinealgegend (Ascesso gonococcico della regione perineale anteriore), von R. Colli-Piacenza. Kasuistik.

Bd. 2, H. 10

Frühsyphilitische periphere Fazialislähmung (La parilisi facciale periferica sifilitica precoce), von M. Artom-Novara. Beschreibung zweier Fälle, bei welchen es

Digitized by Google

1 Monat bzw. 6 Monate nach der luetischen Infektion zu einer rechtsseitigen Fazialislähmung gekommen war. Spezifische Kur: Fast vollkommene Heilung. Für die eine Erkrankung wird ein neuritischer, für die zweite eher ein enzephalitischer Prozeß angenommen. Die Prognose sei bei derartigen Fällen meistens günstig.

Biologische und kulturelle Untersuchungen bei latenter Blennorrhoe (Ricerche biologiche e culturali nelle blenorragie latenti), von G. Graziadei-Turin. Unter 50 Fällen von chronischem Tripper war der bakterioskopische Befund stets negativ; es wurden Spermakulturen angelegt, die in $^1/_5$ der Fälle positive Resultate ergaben.

Bd. 2, H. 11

Mit Gold und Arsenobenzol kombinierte Chemotherapie des Lupus erythematodes (Chemioterapia mista oro-arsenobenzolo nel lupus eritematoso), von L. Tommasi-Siena. Verf. injizierte bei Lupus erythematodes abwechselnd Gold- bzw. Arsenobenzolpräparate; er erklärt sich mit dieser Art der Behandlung weit eher befriedigt als mit der Anwendung derjenigen Präparate, die Gold und Arsenobenzol in sich vereinigen.

Spätulzerationen auf Röntgendermatitisnarben (Ulcerazioni tardive su cicatrici da radiodermite), von G. Truffi-Padua. 40jähr. Patientin. Vor 19 Jahren Röntgenbestrahlungen wegen Hypertrichosis des Gesichtes. Nach der 4. Sitzung diffuse Entzündung der Haut der Wangen, des Kinns, der Oberlippe und des Nackens. Nach ungefähr 2 Monaten Heilung unter Bildung einer ausgebreiteten, unregelmäßig geformten Narbe. Auf der rechten Wange, mitten im Narbengewebe bildete sich bald darauf eine kleine exulzerierte Stelle, die rasch verheilte (Keloidnarbe); nach 10 Jahren ebendaselbst Auftreten einer rundlichen, mit einer schuppenartigen Kruste bedeckten Erosion. Überhäutung nach Auflegung von Salben und Entfernung der Kruste. Nach einem leichten Trauma (Kratzen) kam es (1 Monat vor der Spitalsaufnahme) zu einer rasch über die ganze Wange sich ausdehnenden, äußerst schmerzhaften Ulzeration. Mikroskopische Untersuchung: typisches Bild des Röntgenulkus ohne jede neoplastische oder granulomatöse Tendenz. Strahlen- bzw. Diathermieanwendung wirkungslos. Dagegen bewährte sich H_2O_2-Salbenbehandlung (Pellidol und Anästhesin) sowie Touchierung mit verdünnter Silbernitratlösung.

Die Behandlung der Blennorrhoe mit „Colargina" (La Colargina nella cura della blenorragia), von G. Piccardi-Turin. „Colargina" (eine Verbindung von cholsaurem Silber mit Pepton) bewährte sich sowohl bei Abortivkurven wie auch bei der Behandlung chronischer Fälle.

Bd. 2, H. 12

Atypisch verlaufende, tertiär-luetische Orchiepididymitis mit Nebenhodengumma und Staphylokokkenabszeß (Orchiepididimite luetica terziaria con gomma dell' epididimo, a decorso atipico complicata da ascesso stafilococcico), von A. Masia-Turin. Fall von Orchiepididymitis bei einem 60jähr. Mann. Lues zugegeben. WR mittelstark positiv. Pirquet schwach positiv. Die Hodenaffektion ist durch Epididymitis, Funikulitis und Prostatitis kompliziert. Da eine antiluetische Kur erfolglos bleibt, wird Tbc. diagnostiziert und die Ablatio vorgenommen. Die histologische Untersuchung einiger Gewebsstückchen ergibt: Orchiepididymitis luetica tertiaria und Gumma des Nebenhodens. Aus dem Abszeßeiter war Staphyl. pyog. aureus gezüchtet worden. Verf. bespricht eingehend die Differential-Diagnose.

Vorbeugende und kurative hydrotherapeutische Maßnahmen bei Lebererkrankungen der mit Arsenobenzol behandelten Syphilitiker (Idroterapia preventiva e curativa di lesioni epatiche nei sifilitici curati con arsenobenzoli) von L. Tommasi-Siena. Betreffs der nach Arsenobenzolkuren auftretenden Ikterusfälle neigt Verf. zu der Ansicht, daß es infolge des Arsenobenzols zu einem „Lebertrauma" komme und daß durch die Giftwirkung in der Leber ein „Locus minoris resistentiae" geschaffen werde, wodurch dann leicht ein Sicheinnisten der Spirochäten stattfinden könne. Derartige Fälle reagieren sehr gut auf Hg. Um nun beim Luetiker — wo der Verdacht auf eine eventuelle krankhafte Disposition der Leber vorliegen sollte —, die nach Arsenobenzol eventuell auftretenden Lebererkrankungen hintanzuhalten, rät Verf., derartigen Patienten reichlichst Cholagoga zu geben. Günstige Wirkung von entsprechenden Kuren in den Badeorten Chianciano, Montecatini u. a. Mit dieser Methode wurde nach Arsenobenzolkuren jedwede Leberreizung vermieden.

Über die Serumdiagnose der Syphilis mittels der Sciarrareaktion (Sulla reazione di Sciarra per la sierodiagnosi della sifilide), von F. Pollano-Turin. Die Brauch-

Digitized by Google

barkeit der Sciarrareaktion wird vom Verf., auf Grund von 140 Serumproben, in Abrede gestellt.

Über eine ausgedehnte, durch Pferdebohnen bedingte Akarusepidemie in dem Gemeindebezirke Cavallermaggiore (Su una estesa epidemia di acariasi da fave o servata in condotta Cavallermaggiore), von M. Della Valle. Es wird eine im Sommer 1925 epidemisch aufgetretene Hautaffektion beschrieben: Erythematöse, stark juckende, zweilirastückgroße Flecke, von denen einige im Zentrum ein Bläschen oder einen blutigen Schorf aufweisen; keine intradigitale Läsionen oder Milbengänge. Zuerst glaubte Verf. auf eine durch Autointoxikation bedingte Urtikaria schließen zu dürfen. Nach Untersuchung mehrerer Getreide- und Kleearten wurde die wahre Ursache aufgedeckt: Es fanden sich in Pferdebohnen sehr zahlreich vorhandene Pediculoides ventricosi.

Über die Verbreitung der Hauttuberkulose in der Provinz Puglia (Sulla diffusione della tubercolosi cutanea in Apulien), von G. Jaja-Bari. Auf ungefähr 4500 Hautkranke der Provinz Puglia kamen 7—8% Fälle von Hauttuberkulose: hiervon hatten etwa 52% die noduläre und 17% die gummöse Form, 21% Lupus erythematodes. 10% zeigten ein atypisches Bild. Kurze Bemerkungen zur Tbc.-Prophylaxe. Therapie: Pyotropin bzw. Goldpräparate (speziell Krysolgan). B. Coglievina-Triest.

Russkij Westnik Dermatologii

1928, Bd. 6, Nr. 5

Zur Kasuistik des familiären Endothelioma tuberosum multiplex Spiegler, von A. Kroitschin. Es handelt sich um eine 58jähr. Frau und ihre zwei Töchter, welche an Endothelioma tuberosum multiplex Spiegler in Kombination mit anderen Mißbildungen (Cutis verticis gyrata, Naevus, Epithelioma adenoides cysticum) litten. Es gelang, bei den Töchtern durch CO_2-Schnee, bei der Mutter auf chirurgischem Wege Heilung zu bringen.

Zur Lehre von den vasomotorischen Reflexen der Haut, von Jasnitzkij und Nikitin. Die Verff. untersuchten die vasomotorischen Reflexe der Haut nach der Methode von Gröer-Hecht bei 54 Personen, die an verschiedenen Hautkrankheiten litten (16 Fälle von akutem, 9 von chronischem Ekzem, 8 von Erythema multiforme und 9 von Urtikaria), wobei sie fanden, daß der Konstriktorreflex bei vagotonischen Ekzematikern bald normal, bald leicht abgeschwächt ist; wogegen er bei den Kranken mit normalem Tonus des vegetativen Nervensystems nichts Anormales zeigt und bei den Kranken mit Vago-Sympathikotonie recht deutliche Variationen hinsichtlich der Intensität aufweist. In 59% wird bei hautkranken Vagotonikern, besonders ekzematischen, eine dilatatorische Reaktion beobachtet.

Zur Frage der primären epitheliomähnlichen tuberkulösen Geschwüre, von Arawiskij. Die Frau des Kranken starb im März 1927 an galoppierender Schwindsucht. Drei Monate vor ihrem Tode zog sich Pat. beim Rasieren einen Riß am Mundwinkel zu, der nicht recht verheilen wollte und sich in ein Geschwür mit mächtigem Infiltrat des Grundes und Vergrößerung der Unterkieferdrüsen verwandelte, welches klinisch für ein Karzinom gehalten wurde. Ein mit dem Sekret dieses Geschwürs geimpftes Meerschweinchen ging aber an Miliartuberkulose ein. Der Kranke, welcher zugab, seine Frau in der letzten Krankheit geküßt zu haben, vernachlässigte sein Leiden und starb im Dezember 1927 an Miliartuberkulose. Das Mundgeschwür zeigte eine tuberkulöse Gewebsstruktur.

Die aktive Methode bei der Serodiagnose der Syphilis (Modifikation des Instituts Pasteur), von J. Liefschütz. Die Modifikation des Instituts Pasteur ist den Flockungsreaktionen überlegen, da sie in ihrer Empfindlichkeit für syphilitische Sera die WR übertrifft und unspezifische Reaktionen bei derselben nicht öfter als bei der WR und viel seltener als bei den Flockungsreaktionen erhalten werden.

Untersuchungen des Liquor bei Kindern mit angeborener Syphilis, von G. Lauda und Bojewskaja. Die Veränderungen des Liquor in den verschiedenen Perioden der kongenitalen Syphilis entsprechen augenscheinlich denjenigen bei erworbener Syphilis. Die Lumbalpunktion kann als diagnostisches Hilfsmittel dienen bei Kindern, welche aus syphilitischen Familien stammen und frei von klinischen Erscheinungen sind und eine negative WR aufweisen (positives Resultat in 19,3%). Eine pathologische Spinalflüssigkeit ist das sichere Zeichen irgend einer Erkrankung des Zentralnervensystems, da ge-

Digitized by Google

sunde Kinder immer eine negative Reaktion geben. Bei Fehlen von klinischen Erscheinungen, welche den pathologischen Befund der Spinalflüssigkeit erklären könnten, muß stets eine kongenitale Syphilis vermutet werden, da diese am häufigsten vorkommt und öfter als andere Leiden in ihrer verstreuten Form Veränderungen der Lumbalflüssigkeit aufweist.

Die Behandlung von Hautkrankheiten mittels Bestrahlung der Milz mit Röntgenstrahlen nach der Methode Thedering, von A. Dombrowskij und Tatarskij. Diese einfache und bequeme therapeutische Methode ist bei einigen Hautkrankheiten, wie Lupus erythematodes, Psoriasis, vor allem Furunkulose, angezeigt und sollte ferner versucht werden bei hartnäckigen, lange einer lokalen Behandlung trotzenden Hautkrankheiten, besondes von infektiösem Charakter. Bei gleichzeitiger lokaler Behandlung der Hautkrankheit und Milzbestrahlung muß man mit letzterer sehr vorsichtig sein, um keine erhöhte Hautreaktion zu bekommen.

Ein seltener Fall von Favus capillitii, der zur Sektion kam, von N. Tschumakow. Bei der Sektion des an einem eitrigen Lungenprozeß verstorbenen Favuskranken wurden in der rechten Lunge Favuspilze mit Sporen nachgewiesen.

Zwei Fälle von Parapsoriasis en gouttes, anscheinend auf dem Boden einer Tuberkulose, von W. Borowskij und B. Busaka. Parapsoriasis und Lungentuberkulose.

A. Jordan-Moskau.

Dermatologia (ungarisch)

1928, Bd. 1, Nr. 5

Was hat man als Sklerodermie zu bezeichnen?, von S. Ehrmann-Wien. S. 133. Es wird eine Reihe von Affektionen mit diesem Namen bezeichnet, ohne daß ihnen viel mehr Gemeinsames zugrunde liegt als eben eine Verhärtung der Haut oder nur eine gesteigerte Resistenz gegenüber dem Fingereindruck. Die Beziehungen der umschriebenen Sklerodermie zu der generalisierten sind ungeklärt. Ehrmann ist der Überzeugung, daß es sich um zwei grundverschiedene pathologische Prozesse handelt. Die zirkumskripte Sklerodermie beginnt subakut mit erythematösen, umschriebenen Flecken, die später das charakteristische Aussehen annehmen. Ihre Anordnung und Verteilung ist in manchen Fällen anscheinend gesetzmäßig, mitunter sogar symmetrisch. Die Erkrankung ist gutartig und heilt in vielen, nicht ausgedehnten Fällen auch spontan aus. Die zuweilen scheinbar zoniforme Anordnung wird für die neurotische Ätiologie ins Feld geführt. Andere betrachten die Anordnung als metamer. Genaue Aufnahmen zeigen, daß eine Übereinstimmung in Nervengebieten in keiner Weise sicher festzustellen ist. Häufiger begegnet man Störungen seitens des Verdauungstraktes, sogar erfolgte nach Behebung der Darmstörung in einem Falle eine Heilung der zirkumskripten Sklerodermie. Die Hautveränderungen bei diffuser Sklerodermie sind immer mit Veränderungen der Subkutis, der Muskeln und Knochen und der Gelenke im Zusammenhange. Es lassen sich Störungen in inneren Sekretionen, namentlich des Ovariums und vielfach auch der Schilddrüse nachweisen. Die Tuberkulose ist als häufigste Ursache eine Schädigung der innersekretorischen Organe, namentlich der Nebenniere und des chromaffinen Systems. In ähnlicher Weise kann auch die Syphilis eine Rolle spielen. Ehrmann stellt sich vor, daß das während des gesunden Lebens herrschende Gleichgewicht zwischen derbem faszikulärem und lockerem Bindegewebe von dem ungestörten Zusammenwirken der Hormone abhängt und daß eine gewisse Störung dem derben faszikulären Bindegewebe das Übergewicht verleiht.

Über die Behandlung der Acne vulgaris und rosacea mit besonderer Berücksichtigung der Strahlenbehandlung, von E. Kuznitzky-Breslau. S. 137. Neben Behandlung mit ultraviolettem Licht und Röntgenstrahlen ist häufig auch Allgemeinbehandlung nötig. Man erzeugt durch die Lichtstrahlen eine aktive Hyperämie und nachfolgende Schälung. Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist auf eine Beeinflussung der Talgdrüsensekretion im Sinne einer Hemmung zurückzuführen. Noch nicht publizierte Versuche des Verf. zeugen für eine direkte Einwirkung auf die Drüsenzellen. Bei stärkster Bestrahlung verschwindet die Drüse vollständig, bei geringeren Dosen werden die Drüsenzellen so geschädigt, daß sie zugrunde gehen und nur noch das wesentlich widerstandsfähigere Epithel der Ausführungsgänge übrigbleibt. Als Methode für die Behandlung mit ultraviolettem Licht kommt in den meisten Fällen die Fernbestrahlung in Frage. Bei oberflächlicher Acne vulgaris genügt ein leichtes Erythem, eventuell

Digitized by Google

mehrfach hervorgerufen, während man bei Formen mit starker Pustel- und Knotenbildung eine gründliche, sogar wiederholte Schälung hervorrufen muß. Für die Röntgenstrahlen ist die Methode der protrahierten Bestrahlungen mit kleinen Dosen über längere Zeit zu empfehlen. Verf. benützt $^1/_8$ mm starkes Aluminium als Filter. Bei sehr hartnäckigen Fällen Schälkur mit Lassarscher Paste, um nach der ersten Schälung die junge Haut zu bestrahlen. Bei der Acne rosacea kein Einfluß der Röntgenstrahlen auf Hyperämie und Teleangiektasien. Will man die Rötung der Haut zum Verschwinden bringen, so muß man nach Beseitigung der Pusteln das Gesicht mit ultraviolettem Licht nachbehandeln mittels Kompressionsbestrahlung mit der Quarzlampe, bis eine kräftige Reaktion eintritt. Es treten ganz erhebliche entzündliche Ödeme des Gesichtes auf, doch ist die Wirkung eine ganz vorzügliche. Sehr gut reagiert auf Kompressionsbestrahlungen die Rosacea papulosa. Bei manchen Rosazeafällen schließt sich an die Bestrahlungen mit ultraviolettem Licht eine intensive Pigmentierung an. Die Untersuchung des Blutes ergab bei einem Teil der Fälle eine mäßige Hyperglobulie.

Leucaemia lymphatica cutis, von E. Brezovsky-Budapest. S. 143. 70jähr. Mann, Leber und Milz stark vergrößert, Lymphdrüsen bis nußgroß. Gesicht deformiert, Nase geschwollen; infiltrierte Stränge in der Haut des Gesichtes, der Stirn, am Unterkiefer, am Halse rechts vorne, in der Höhe der dritten Rippe, um die rechte Brustwarze, in der Nieren- und Glutäalgegend. Ferner mehr umschriebene Infiltrationen an beiden Schenkeln, oberhalb des linken Knies. Die Erhebungen zeigen eine gyrusartige Oberfläche, vermehrten Glanz und hier und da erweiterte Venen. Blutbefund bei der Aufnahme: rote Blutkörperchen 4300000, weiße 280000. Kleine Lymphozyten 91,2%. Pat. machte einen schweren Erysipelanfall durch, ohne besondere nachfolgende Besserung des Zustandes. Histologische Untersuchung: typische lymphatische Leukämie im Haut- und Drüsengewebe.

Bemerkungen zum Artikel über die Heilung des Kerion Celsi mit intravenösen Injektionen Lugolscher Lösung von Ravaut, Duval und Rabeau (Ann. de Derm. et de Syph., 1927, Nr. 6), von O. Dér-Pécs. S. 155. Verf. verwendet an der Klinik S. Beck seit 1924 die intravenöse Jodtherapie bei tiefen Trichophytien in der Form von Injektionen von „Kainon". Heilung erfolgte nach 10—12 Injektionen bloß bei den tiefen Prozessen; das Wesen der Wirkung liegt seines Erachtens nicht an der mykoziden Wirkung des Präparats, sondern an der Beschleunigung der Resorption. Bei oberflächlicher Trichophytiasis bleibt das Mittel — lokal angewendet — erfolglos. Nach Anwendung von Kainon kommt es seltener zur Obliteration der Vene als nach Lugol, insbesondere wenn Kainon in der Spritze vor dem Injizieren reichlich mit Venenblut vermengt wurde. Nach der Injektion konnte auch Verf. mitunter eine Herxheimersche Reaktion beobachten. Seiner Erfahrung nach reagierten auf die Kainontherapie am besten die stark eitrigen Prozesse. K. v. Berde-Szeged.

Bücherbesprechungen

Syphilis und innere Medizin, von H. Schlesinger. Verlag J. Springer-Berlin. 3 Bände. Mit dem zuletzt erschienenen Band über die „Syphilis des Zirkulations- und Respirationsapparates und der innersekretorischen Drüsen, Syphilis und Blutkrankheiten" liegt die umfassende Bearbeitung Schlesingers über Syphilis und innere Medizin abgeschlossen vor. Es ist damit für den Kliniker wie für den Syphilidologen ein überaus wichtiges Gebiet zum ersten Male zusammenfassend behandelt und auf Grund reichster, klinischer Beurteilung der großen Literatur fast aller Länder in besonders interessanter und anschaulicher Form dargestellt worden. Die zahlreichen instruktiven Krankengeschichten mit ihren kurzen differential-diagnostischen Erwägungen tragen besonders dazu bei, den Leser zu fesseln, und beweisen die Notwendigkeit, die bisher bestehende Lücke auf diesem Gebiet zu schließen. Von größtem Wert sind für den Kliniker die Kapitel über pathologische Anatomie und die eingehenden Darstellungen der Symptomatologie und Differentialdiagnose. Diese Ausführungen über Diagnose und Differentialdiagnose luischer Erkrankungen zeigen in ihrer kritischen und erschöpfenden Behandlung die virtuose Beherrschung des Stoffes durch den Kliniker und den klinischen Lehrer. Neben den bereits bekannten Erkrankungen und ihren Zusammenhängen mit Syphilis wird eine große Anzahl

Digitized by Google

Erfahrungen und Hinweise auf bisher unberücksichtigte Zusammenhänge mit der Lues an Tatsachen dargestellt, die nicht nur für jeden Internisten, sondern auch für den Syphilidologen von großem Interesse sind. Der erste Band (1925) behandelt die spätluischen Gelenkaffektionen, ein Krankheitsgebiet, das bisher in der Literatur wie am Krankenbett wenig berücksichtigt wurde. Schlesinger stellt nach einem historischen Überblick das allgemeine Krankheitsbild in klassischer Weise dar, gibt die spezielle Symptomatologie und unterscheidet dann folgende 5 Typen der Arthro-Lues tardiva: 1. Die Arthralgien; 2. Akut und subakut einsetzende fieberhafte Formen; 3. Chronische Formen (Arthritis sicca luetica, deformierende Gelenkprozesse, tuberkuloseähnliche Formen); 4. Atypische Formen (tumorähnliche Erkrankungen, Typus der Periarthritis humero-scapularis, Osteo-Arthritis coxae syphilitica, Spondylitis syphilitica); 5. Mischformen. Bei dem bekannten Krankheitsbild der Spondylitis syphilitica wird die einfache und destruktive Form unterschieden. Eingehend werden ätiologische Momente der Arthro-Lues, der Einfluß von Alter, Geschlecht und Beruf, die pathologische Anatomie und vor allem die Therapie berücksichtigt. Ein übersichtliches Literatur- und Sachverzeichnis erhöht den Wert des Bandes. Im zweiten Teil: „Die Syphilis der Baucheingeweide" kommen Krankheitsbilder zur Darstellung, die bekannter sind. Die eingehende Darstellung der Syphilis der Leber und Gallenwege wird ergänzt durch ein kritisches Kapitel über Salvarsanikterus und akute gelbe Leberatrophie, in dem Schlesinger zu dem Schluß kommt, daß durch Salvarsan beginnende degenerative Prozesse zweifellos beschleunigt werden können, daß also die Annahme eines Salvarsanikterus bis zu einem gewissen Grade zu Recht besteht. Die Syphilis des Verdauungskanales umfaßt die Krankheitsbilder der Syphilis des Ösophagus, des Magens, des Darmes. Von besonderem Interesse ist der Abschnitt über das vielumstrittene Krankheitsbild der Syphilis des Pankreas, vor allem auch der Beziehungen zwischen Diabetes und Syphilis, die eingehende Darstellung der verschiedenen Erscheinungsformen der syphilitischen Erkrankungen der Milz. Eingehend behandelt Verf. auch die Nierensyphilis in ihrer gummösen und nephrotischen Form sowie die syphilitische Schrumpfniere, die Affektionen durch Hg und Salvarsan, die Syphilis des Nierenbeckens bei hereditärer Lues, die paroxysmale Hämoglobinurie. Auch im dritten, jetzt erschienenen Band haben eine Reihe seltener, bisher wenig bekannter Krankheitsbilder Aufnahme gefunden. Bei der Darstellung der Lungensyphilis ist vor allem auf die notwendige Vorsicht bei der Deutung der Befunde hingewiesen, da sich merkwürdigerweise die klinischen Diagnosen mit den anatomischen Beobachtungen nicht immer decken. Herzsyphilis, Syphilis der Aorta und der größeren Gefäße bringen eine große Anzahl neuer Gesichtspunkte, besonders auch in bezug auf die Differential-Diagnose. Die Darstellung der Therapie der Aortitis luica wird den auch heute noch reichlich voneinander abweichenden Ansichten der verschiedenen Kliniken gerecht. Schlesinger selbst bekennt sich zu einer vorsichtigen Therapie, gibt aber zu, daß andere, wie besonders Schottmüller, unbedenklich mit hohen Dosen Salvarsan intensiv mit gutem Erfolge behandeln, während er selbst unter Umständen das Auftreten angiöser Anfälle auf derartige Behandlungen zurückführen zu können meint. Die Syphilis der Bronchien und der Lunge, der Pleura und des Mediastinums wird von einem eingehenden Abschnitt: „Blutkrankheiten und Syphilis" gefolgt, bei dem die Beziehungen noch recht unklar sind, während aus dem Kapitel: „Syphilis und endokrine Drüsen" deutlich hervorgeht, daß die Zusammenhänge weit inniger sind, als bis jetzt mit Sicherheit festgestellt ist. Das ausgezeichnet und flüssig geschriebene und in jedem Sinne fesselnde Werk wird von dem Internisten wie von dem Syphilidologen immer wieder zu Rate gezogen werden müssen. E. Fr. Müller-Hamburg.

Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von W. Frieboes, Derm. Univ.-Kl. Rostock. Lfg. 12 u. 13. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1928. Preis RM. 10.—. Die beiden vorliegenden Lieferungen bringen in erster Linie das Bildermaterial für die verschiedenen Luesstadien. Es ist eine so glückliche Auswahl erstklassiger Darstellungen der Haut- und Schleimhautlues, daß jeder an dem Gesehenen seine Freude über die glänzende Wiedergabe der Formen und Farben der Erscheinungen haben muß. Aber auch als Lehr- und Lernmaterial sind die Bilder so gut ausgewählt und so zahlreich, daß auch der Lernende unbedingt daraus den Eindruck der Efflorescenzen erlernen muß. Textlich wird die akquirierte und kongenitale Lues zu Ende abgehandelt. Ihnen folgt die Besprechung der Therapie und ihrer Nebenerscheinungen. Auch hier wird unter Fortlassung alles Hypothetischen nur das klare Tat-

Digitized by Google

sachenmaterial gegeben, so daß sich der Praktiker rasch über alles unterrichten kann. Auch die Malariakur findet eine kurze Darstellung, soweit sie für den Praktiker von Wert ist. E. Langer-Berlin.

Der Geschlechtstrieb. Einführung in die Sexualbiologie unter besonderer Berücksichtigung der Ehe, von R. Fetscher-Dresden. Verlag E. Reinhardt-München, 1928. Preis RM. 3.—, geb. 4.50. In einer jedem Gebildeten verständlichen Form soll das Wichtigste aus dem Gebiete der Sexualbiologie dargestellt werden, wobei dem Verf. seine als Leiter einer Eheberatungsstelle gesammelten Erfahrungen zugute kommen. Die Biologie der Fortpflanzung, Grundlagen der Erbbiologie, Pubertät, Regelung des Geschlechtslebens mit besonderer Berücksichtigung der Ehe, Störungen des Sexuallebens, werden knapp und in klarer Form dargestellt. Es ist ein besonderer Vorteil des Buches, daß es auf die zahlreichen Konflikte, die durch die unzulängliche Regelung des Sexuallebens im Rahmen der heutigen Gesellschaftsordnung entstehen, ohne Scheu hinweist und für den Ersatz erstarrter Sexualdogmen durch biologische Tatsachen eintritt. M. Gumpert-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Dermatomykosen

La formation d'asques chez Achorion Schönleini (Favus) (Über Sporenbildung bei Achorion Schönleini [Favus]), von A. Wilenczyk. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 1049—1050.) Beim Achorion Schönleini kommt unter bestimmten Verhältnissen eine Sporenbildung zustande, die sich in nichts von der beim Trichophyton unterscheidet; bei Übertragung auf frischen Nährboden geben beide Pilzarten ganz ähnliche Kulturen. E. Levin-Berlin.

Malassezia furfur observé dans un cas de pityriasis versicolor (Malassezia furfur in einem Falle von Pityriasis versicolor), von C. Martins. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 13, S. 1166—1167.) Der in einem Falle von Pityriasis versicolor gefundene Pilz muß mit Rücksicht auf den Reichtum an Myzelien und Sporen und die Gesamtheit der morphologischen Eigenschaften, andererseits in Anbetracht der Unmöglichkeit, ihn auf den gewöhnlichen Nährböden zu züchten, als Malassezia furfur (Syn. Epidermophyton, Sporotrichon furfur, Microsporon furfur, Oidium furfur, Oidium subtile) angesprochen werden. E. Levin-Berlin.

Dermatite blastomycosique (Blastomykotische Dermatitis), von O. da Fonseca und A.-E. de Area Leao. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 8, S. 622—623.) Die Blastomyzetendermatitis muß von der Kokzidiendermatitis, mit der sie zusammengeworfen wird, getrennt werden. In dem beschriebenen Falle begann die Krankheit mit einer Ulzeration am Fuße; es entwickelten sich dann ulzerierende Knötchen am Bein, Hüfte, Geschlechtsteilen, die mit weißen, eingezogenen Narben heilten. Im Anschluß an ein Gesichtserysipel kam es dann zu einer an Umfang zunehmenden Geschwürsbildung an der Nasalfalte, die auf die Oberlippe und das Kinn übergriff. Ödem des Gesichts mit starker Infiltration. Auch die Mundschleimhaut wurde von ziemlich seichten Geschwüren ergriffen. An den Augenlidern und der Nase kam es zu tiefgehenden Zerstörungen. Der Kranke ging an Kachexie zugrunde; die Sektion ergab keine Verallgemeinerung der Krankheit. Die zahlreichen mikroskopischen Abszesse waren fast vollständig von den Parasiten ausgefüllt, die sich als runde Zellen mit doppelter Kontur und schwach gefärbtem Protoplasma darstellten. Sie vermehren sich durch Bildung von Knospen, die sich, nachdem sie eine gewisse Größe erlangt haben, abschnüren, oder auch, indem die Zelle sich verlängert, sich in der Mitte einschnürt und sich ohne Bildung einer Zwischenwand in zwei Tochterzellen teilt. In dem parasitären Gewebe bildet sich auch ein rudimentäres Myzelium. Kulturen konnten nicht erlangt werden; der Pilz ist identisch mit dem in Amerika bei einer gleichartigen Krankheit von Gilchrist und Stokes gefundenen Mycoderma dermatitidis. E. Levin-Berlin.

Sur un cas d'onychomycose produit par le „Sporotrichum Beurmanni" de Beurmann et Ramond (Über einen durch das „Sporotrichon Beurmanni" von Beurmann und Ramond hervorgerufenen Fall von Onychomykose), von A. Sartory, R. Sartory und J. Meyer. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 13, S. 386—388.) Der Kranke hatte vorher an keiner sporotrichotischen Affektion gelitten; er glaubt sich vor

Digitized by Google

dem Auftreten der Erkrankung am Finger gestochen zu haben. Am Daumen und Zeigefinger beider Hände sind die Nägel abgehoben, der Nagelfalz ist gerötet, bei geringstem Druck quillt Eiter hervor; die oberflächliche Nagelschicht erscheint matt, das Hornlager trocken, bröckelig, die Farbe der Nägel grauweiß. Kulturen ergaben Sporotrichon Beurmann. Behandlung örtlich mit Chrysarobinsalbe, innerlich mit Jodkali führte in 7 Monaten zur Heilung. E. Levin-Berlin.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Schistosome Dermatitis in the United States (Michigan) (Schistosomen-Dermatitis in den Vereinigten Staaten), von W. W. Cort-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 13, S. 1027.) Im Gebiet der biologischen Station am Douglas-See (Mich.) wurden relativ häufig Dermatitiden gesehen, deren Ätiologie völlig unklar war. Cort, der selbst an einer derartigen Dermatitis erkrankte, gelang es nun nachzuweisen, daß die Erreger mit allergrößter Wahrscheinlichkeit Schistosomen sind, und zwar die Cercaria alvae, Miller 1923. Die Cercarien leben in Schnecken (Lymnaea emarginata-angulata Sowerby) und sind imstande, in die Haut einzudringen. Das erste Anzeichen der Dermatitis ist Jucken, begleitet und gefolgt von urtikariellen Quaddeln. Diese wandeln sich dann in Knötchen um, die ebenfalls stark jucken, und sich manchmal bis zu Pusteln weiter entwickeln. Ob zur Pustelbildung der Einfluß von Bazillen nötig ist, läßt C. offen. Derartige Dermatitiden wurden vom Verf. auch experimentell erzeugt. Lokalisation: Handgelenk und Fußrist. Von Interesse scheint weiter, daß sowohl experimentell wie auch auf dem Wege der natürlichen Infektion nicht alle Menschen gleich anfällig für die Krankheit waren und Personen gefunden wurden, die in dem infizierten Wasser ohne nachfolgende Krankheitserscheinungen herumwaten konnten, bei denen aber auch experimentell keine Schistosomen-Dermatitis zu erzeugen war. Allein der Befund, daß eine neue Schistosomenart menschenpathogen sein kann, ist von großem Interesse. F. M. Peter-Leverkusen.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Die Immunität der Neugeborenen und Säuglinge gegenüber Scharlach, von J. Paunz und E. Csoma, Univ.-Kinderkl. Budapest. (Kl. W., 1928, Nr. 11, S. 498.) Der Ausdruck dieser angeborenen Immunität ist der Antitoxingehalt des Serums, aus dem das Antitoxin im 6. Monat schwindet. E. Langer-Berlin.

Studies in Scarlet Fever. V. Skin Blanching by Commercial Antitoxins (Scharlachstudien. V. Abblassen der Haut durch Handels-Antitoxine), von J. A. Toomey-Cleveland. (Am. J. Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 4, S. 607—614.) Das durch Rekonvaleszentenserum hervorgerufene Auslöschphänomen wurde auch mit dem Serum aktiv immunisierter Menschen oder Tiere erzeugt. Danach wurden auch die käuflichen Antitoxine des Handels dafür empfohlen. Es zeigte sich nun, daß viele von diesen das Auslöschphänomen nur in geringem Maße oder gar nicht bewirkten. Auch wenn sie wirken, ist der Grad mehrerer bei derselben Person angewendeter Antitoxine ein verschiedener. Tritt das Phänomen ein, so hält es nicht immer so lange wie der Scharlachausschlag an. Manche Antitoxine rufen Rötung an der Injektionsstelle anstatt Abblassen hervor. E. Levin-Berlin.

Zur Präventivimpfung des Scharlachs, von C. Leiner. (W. kl. W., 1928, Nr. 8, S. 279.) Verf. hat mit dem aus dem Streptococcus haemolyticus hergestellten Toxin Versuche zur aktiven Immunisierung angestellt; bei einer Reihe von Fällen trat nach einer stärkeren Toxindosis als erste Injektion ein scharlachgleiches Exanthem mit Fieber, Kopfschmerzen usw. ein. Dieser künstliche Scharlach ist nicht übertragbar und die Angina fehlt. Der Schutz soll etwa 1—1½ Jahr andauern. Passive Immunisierung (nach 12—10 Stunden wirkend) kann man erreichen mit dem antitoxischen konzentrierten Heilserum des Wiener Seruminstituts. Vor der Injektion ist eine Dickprobe vorzunehmen und nur die Dickpositiven sind zu impfen. Die passive Immunisierung soll einen dreiwöchigen Schutz gewähren. M. Cohn-Dresden.

Über die gangränösen Geschwüre der Varizellen als Komplikation bei Masern, von J. Kondo, Kondo-Kinderhosp. Himeji, Japan. (Arch. f. Kindhlk., 1928, Bd. 83, H. 3, S. 190.) 1 Jahr 8 Monate altes Mädchen. Es bestanden zunächst kleine blasige Ausschläge am Rumpf, die sich allmählich vergrößerten und schwärzlich wurden. Schließlich bildeten sich schwarzgefärbte Krusten, die von einem entzündlichen Hof

Digitized by Google

umgeben waren. Nach Abfallen der Krusten wurden die Eruptionen rundlich, scharfrandig und waren auf dem Grunde der Vertiefung schmutziggrau. Unter Omnadininjektionen und rektaler Zufuhr von Preglschem Presojod in Verbindung mit Herzmitteln kam es nach etwa 1 Monat unter Hinterlassung von Narben zur völligen Heilung.
B. Peiser-Berlin.

Impftechnik, Impfverlauf und Pockenschutz, von E. Nobel, Univ.-Kinderkl. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 16, S. 567.) Anstatt der üblichen Impflanzette wird der Pirquetbohrer empfohlen. Der Impfverlauf bei der Vakzination ist aus immunisatorischen Gründen bei der ersten Impfung stürmisch, bei nachfolgenden Impfungen entsprechend der vorher erzielten Immunität milder. Die in Deutschland vorgeschriebene Wiederimpfung im 12. Lebensjahr wird als richtig angesehen. H. Lippert-Köln.

Immunité locale cutanée antivariolique chez l'enfant de moins de 3 mois (modalité d'immunité tissulaire des jeunes sujets) (Örtliche Hautimmunität gegen Variola bei Kindern unter 3 Monaten [Gewebsimmunität jugendlicher Personen]), von E. Lesné und G. Dreyfus-Sée. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 919 bis 921.) Bei Säuglingen findet sich eine Resistenz gegenüber der Schutzpockenimpfung, die auf einer passiven Immunität infolge von Übergang von Antikörpern von der Mutter auf das Kind beruht. Mit dem Serum derartiger Kinder läßt sich, ebenso wie mit dem Serum gegenüber der Impfung refraktärer Mütter eine Abschwächung der Lymphe erzielen, die sich bei Impfung von Kaninchen in einer Verminderung der Zahl der zur Entwicklung kommenden Pusteln ausdrückt. Nun wurden aber 2 Fälle beobachtet, in denen die Mütter auf die Impfung positiv reagierten und dementsprechend ein die Lymphe nicht beeinflussendes Serum hatten, die also auch keine Immunität auf die Kinder übertragen konnten, was durch die gleichfalls nachweisbare Inaktivität des Serums des Kindes bestätigt wurde. Trotzdem fiel die bei den Kindern ausgeführte Impfung negativ aus; es mußte also bei diesen eine spezifische, persönliche, nicht von der Mutter übertragene Hautimmunität bestehen, eine besondere Reaktion des jugendlichen Gewebes, die über die ganze Haut ausgebreitet ist und nach dem 3. Lebensmonat schwindet. Durch die gewöhnlich bei Säuglingen vorhandene, von der Mutter übertragene passive Immunität werden diese Erscheinungen überdeckt. Es handelt sich hierbei nicht um eine spezifische Erscheinung bei der Pockenimpfung, vielmehr kann ähnliches auch bei der Diphtherieimpfung und anderen Impfungen beobachtet werden.
E. Levin-Berlin.

Über den Nachweis des Vakzinevirus im Blute nach kutaner Impfung. II. Mitt., von E. Gildemeister und G. Heuer, Bakt. Abt. Reichsges.-Amt Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 106, S. 58.) Die Angaben von Ohtawara über das regelmäßige Vorhandensein des Vakzinevirus im Blute von kutan geimpften Kaninchen konnten bestätigt werden. Das Virus war bereits 2 Stunden nach der Impfung nachweisbar und blieb es bis zu 9 Tagen. Ein analoges Verhalten ist auch beim erstmalig mit Vakzinevirus geimpften Menschen anzunehmen. Der Nachweis von Vakzinevirus bei einem nach Pockenschutzimpfung an Enzephalitis erkrankten Menschen kann somit noch nicht als Beweis dafür angesehen werden, daß das Vakzinevirus der unmittelbare Erreger der Erkrankung ist. Zur Feststellung kleinster Vakzine-Virusmengen wird die Hodenimpfung nach Ohtawara empfohlen. Sie übertrifft an Sicherheit die bisherige Verimpfung auf Hornhaut oder äußere Haut, außerdem eignet sie sich gut zur Virulenzbestimmung der Pockenlymphe. F. Harry-Wiesbaden.

Was ist mit der sogenannten Vakzine-Enzephalitis? von H. A. Gins. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928, Nr. 4, S. 142.) Ausgehend von der Tatsache, daß in England und später auch in Holland über Fälle von Enzephalitis nach Vakzineimpfung berichtet wurde, und zwar fast nur bei Kindern zwischen 4 und 7 Jahren, erörtert Verf. die Frage, ob ein direkter Zusammenhang zwischen beiden besteht. Wenn es auch noch nicht restlos aufgeklärt ist, in welcher Beziehung die Impfung zu diesen Gehirnentzündungen steht, so ist immerhin soviel mit Sicherheit anzunehmen, daß ein unmittelbarer Einfluß des Kuhpockenimpfstoffes nicht in Frage kommt. Möglicherweise trug das geimpfte Kind den Keim der Gehirnerkrankung bereits in sich, zumal gewöhnlich die Erkrankungen zeitlich mit dem Auftreten der sogenannten Enzephalitis, von der sie sich in keiner Weise unterscheiden, zusammenfielen. Für Deutschland, wo derartige Beobachtungen kaum gemacht worden sind, liegt kein Grund zu Befürchtungen vor.
B. Peiser-Berlin.

Digitized by Google

Lepra

Discussion on the Treatment of Leprosy, von H. W. Wade und C. B. Lara. (Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1927, Bd. 20, S. 136—142.) Will man Behandlungsresultate der Lepra vergleichen, so muß man streng unterscheiden zwischen Fällen, die sich als Leprakrüppel, welche die Krankheit hinter sich haben, in den Leproserien aufhalten — diese sind bei statistischen und sonstigen Erwägungen auszuschließen, zweitens sowohl bakteriologisch als klinisch positiven Leprafällen — nur diese sind allein als Lepröse in Betracht zu ziehen, drittens bakteriologisch negativen, aber klinisch positiven — diese sind am besten als lepraverdächtig oder als klinisch leprös zu bezeichnen. Die therapeutische Ära auf den Philippinen begann erst 1908, als Heiser die innerliche Chaulmoograbehandlung einführte und 1912, als Mercado seine bekannte Chaulmoogramischung empfahl. Vergleiche zwischen dem Erfolge der früheren Behandlung (Mercadomischung) von 1913—1921 und der neuen Behandlungsmethodik (intravenöse jodierte Äthylester des Chaulmoograöls usw. 1922—1926) sprechen sehr zugunsten der letzteren. Die statistischen Ziffern (1913—1921: 88 Entlassungen, 1922—1926: 684 Heilungen) sprechen nicht absolut zugunsten der neueren Mittel, da während des ersten Zeitraums nur ein Teil der Kranken behandelt wurde. Die Verff. glauben, daß bei fortgeschrittenen Fällen unter günstigen Bedingungen und bei stärkerer Behandlung in 15—20% der Fälle eine Heilung möglich ist. Der größte Wert muß darauf gelegt werden, beginnende Fälle in Behandlung zu bekommen und zu heilen.

P. Unna jun.-Hamburg.

The Curative Action of Hydnocarpates and Iodides in Leprosy (Die Heilwirkung der Hydnokarpusarten und Jodderivate bei Lepra), von L. Rogers. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5446, S. 73.) Kurzes Übersichtsreferat. Als besonders wirksam und den Äthylestern überlegen, wird ein neues Präparat „Alepol" (Burroughs and Wellcome) bezeichnet, das das Na-Salz der Hydnocarpus anthelmintica darstellt. Anwendung subkutan, intramuskulär, intravenös. Die hervorgerufene Reaktion greift den Körper nur wenig an und bewirkt durch Zerstörung der Erreger die Bildung von Antikörpern. Der Rest wird mit Jodpräparaten, deren oft zu starke Wirkung Verf. hervorhebt, behandelt. Auch als Provokationsmittel nach abgeschlossener Behandlung ist Jod gut zu verwenden.

F. M. Peter-Leverkusen.

Zur Frage der serologischen Reaktionen bei Lepra, von Schirwind. (Prophylaktitscheskaja Medicina. 1928, Nr. 3.) Die von vielen anderen und auch vom Verf. früher erhaltenen, häufigen nichtspezifischen, positiven Resultate der WR bei Lepra verlangen eine Durchsicht, da die im Jahre 1927 vom Verf. im Leprosorium „Krutije Rutschji" mit möglichst frischen Seren von Leprösen von neuem vorgenommenen Untersuchungen nur in 6,4% ein positives Resultat zeitigten, wobei möglicherweise gleichzeitig eine latente Syphilis bestehen konnte. Die Boassche und noch besser die Kaupsche Modifikation der WR sind bei Aufstellung der WR mit Seren von Leprösen sehr geeignet. Die Bruckesche aktive Methode verdient volle Beachtung, ebenso die MR, besonders deren 3. Modifikation, wogegen die Reaktionen SG und Kahn weniger geeignet erscheinen.

A. Jordan-Moskau.

Tuberkulose

Experimentelle Untersuchungen zur kutanen Tuberkulindiagnostik, von H. Koenigsfeld, Med. Univ.-Polikl. Freiburg i. Br. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 106, S. 111.) Die Versuche, eine intrakutane Tuberkulinreaktion in der von einem tuberkulösen auf ein gesundes Meerschweinchen transplantierten Haut zu erzielen, fielen negativ aus, wenn die Tuberkulininjektion kurz vor oder nach der Transplantation vorgenommen wurde. Wartet man dagegen nach der Intrakutaninjektion den Beginn der positiven Reaktion ab und transplantiert dann, so geht die Reaktion weiter und verstärkt sich. In der von einem gesunden auf ein tuberkulöses Tier überpflanzten Haut ließ sich nie eine positive Reaktion erzielen, gleichgültig zu welcher Zeit die Intrakutaninjektion vorgenommen wurde.

F. Harry-Wiesbaden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 36 (Bd. 87) 8. September 1928

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin (Direktor: Geh.-Rat August Bier)

Beiträge zur Hefepilzerkrankung

Von

Wilhelm Richter

III. Soormykose

Den Übergang von den Blastomyzeten zu dem Soorpilz bildet der als Debaryomyzes von Klöcker beschriebene Pilz.

Morphologisch erscheint der Soorpilz in zwei verschiedenen Formen (nach E. Müller in Rubners Handbuch der Hygiene):

A. in Form von „Hefezellen", die sich morphologisch von echten Hefezellen nicht unterscheiden lassen;

B. in Form von Myzelfäden von sehr verschiedener Länge.

Außer diesen beiden Formen, die man als großsporig zusammenfaßt, gibt es noch eine kleinsporige Varietät von etwa 2—3 μ Größe im Gegensatz zu etwa 4—5 μ Größe bei den großsporigen. Die großsporige, die die häufigere Art ist, wurde vor allem von Kehrer, Plaut, Baginsky, Klemperer, Fischl und Soltmann beschrieben. Die großsporige Varietät der Soorpilze tritt zum Teil als Fäden von verschiedener Länge und Dicke auf, die als Myzel imponieren, bei genauer Sichtung aber Sprossungsreihen vorstellen. Die Zellen sind, wie auch die anderen Hefezellen, doppelt konturiert und zeigen im Innern Tröpfchen, Granula und Vakuolen. Die Sporen sitzen an den Enden teils an Hyphen, teils schnüren sich Gonidien ab, in denen sich Sporen bilden. Auch Klamydosporenbildung ist beobachtet worden. Im Färbepräparat verhalten sie sich grampositiv. Roux hat gefunden, daß vor allem in Alkohol, Glyzerin usw. Hefesprossung entsteht, während bei Zusatz von Zucker, Dextrin usw. die Myzelbildung begünstigt wird, mit anderen Worten — es entsteht durch eine schädigende Einwirkung mehr eine Myzelbildung. So ist auch zu erklären, daß man unter dem Mikroskop von den Soorhäufchen kleine Ausläufer ausgehen sieht, die dann wieder an ihrem Ende von neuem knospen, da jetzt ja wieder genügend Nahrung vorhanden ist. An dieser Stelle findet man dann von neuem Soorhäufchen. Plaut führt diese schädigende Wirkung auf die Bildung von Soorkapseln am Rande dieser Soorhäufchen zurück, die er, sich der Ansicht von Roux und Linoussier anschließend, als echte Klamydosporen bezeichnet.

Digitized by Google

Kulturell erscheinen die Pilze in 2 Formen:

1. oberflächlich, rund, wachsartig, mikroskopisch grob granuliert;
2. tiefliegend, unregelmäßig begrenzt, mit radiären Ausläufern.

Die Farbe der Kultur richtet sich nach dem Nährboden, auf Agar weiß, auf Bierwürze rot. Zur Unterscheidung der großsporigen von der kleinsporigen Varietät ist die Bierwürzekultur insofern maßgebend, als diese von der großsporigen verflüssigt wird, während die kleinsporige keine verflüssigende Einwirkung zeigt. Im Gegensatz zu den Saccharomyzeten ist wichtig, daß bei Kulturen in flüssigen Nährböden (Bouillon) bei dem Soorpilz sich nur selten Kahmhaut zeigt; wenn überhaupt eine Kahmhaut vorhanden ist, ist diese, wie PLAUT auf Grund genauester Beobachtungen festgestellt hat, nicht auf Soorpilze zurückzuführen, sondern auf Verunreinigungen mit Spaltpilzen.

Über die Einreihung der Soorpilze herrscht bisher auf Grund morphologischer und biologischer Studien der Soorpilze unter Berücksichtigung ihrer Stellung zu den Saccharomyzeten keine einheitliche Auffassung. In neuester Zeit dagegen mehren sich von seiten der Autoren die Stimmen, die für eine Angliederung an die Gruppe der Saccharomyzeten eintreten.

Die Literatur über Soorpilzerkrankungen mit den verschiedenartigsten klinischen Symptomen ist im Laufe der Zeit so angestiegen, daß ich hierauf nicht näher eingehen kann. Im folgenden bringe ich einige eigene Beobachtungen, die in die Krankheitsgruppe einzusetzen sind.

1. E. K., 36 Jahre alt, bisher nie geschlechtskrank gewesen, seit 8 Tagen plötzlich Ausfluß aus der Harnröhre mit leichtem Brennen. Der Patient, der seit mehreren Jahren verheiratet war, gab an, nie extramatromoniell verkehrt zu haben, und wollte, empört über seine vermeintliche Ansteckung, ein Attest zwecks Ehescheidung haben. Der Befund des mikroskopischen, mit Methylenblau gefärbten Präparates ergab zahlreiche Leukozyten mit dazwischen liegenden, tiefdunkelblau gefärbten, kreisrunden bis ovalen, etwa 6 μ großen Gebilden; vereinzelte Myzelfäden, sonst keine Bakterien nachweisbar. Im hängenden Tropfen zeigten sich Zellketten, die wie Myzel imponierten, doppelt konturiert waren, mit Tröpfchen; Granula und Vakuolen; vereinzelt in besonderen Zelleinschlüssen zahlreiche Sporen (Klamydosporen); daneben war auch geringes echtes Myzel nachweisbar. Kulturen gingen auf allen Nährböden an. Die Kolonien waren im Durchmesser etwa 0,5—1 cm groß, sehr stark radiär gezeichnet, fest mit der Unterfläche verbunden, von weißgrauer Farbe, matt glänzend, bei Lupenbetrachtung stark gekörnelt. Bierwürze wurde verflüssigt. Außerdem hatten hier die Kulturen ein rötliches Kolorit. Über 8 Tage hindurch fortgesetzte Beobachtung im Dunkelfeld nach Aussetzen im Brutofen ergibt immer stärker zunehmende Sporulation, außerdem Myzelbildung. Wegen des interessanten Befundes wurde eine Urethroskopie und Zystoskopie vorgenommen, wobei sich folgende Resultate ergaben: In dem vorderen Teile der Harnröhre, übergreifend auf den hinteren Teil, zahlreiche, bis linsengroße, grauweißliche Auflagerungen. Gleiche Herde zeigten sich auch in der Blase. Entzündliche Veränderungen bestanden im übrigen in der Blase nicht. Funktionsprüfung der Nieren ergab beiderseits normale Funktion.

Es wurden Tierversuche angestellt; zuerst an Mäusen:

Maus 1: 0,2 ccm Pilzaufschwemmung intravenös in die Schwanzvene. Das Tier ging nach 6 Tagen ein. Pathologisch-anatomisch zeigten sich keine Veränderungen.

Maus 2: 0,4 ccm intraperitoneal. Das Tier zeigt keine Veränderungen. Nach 14 Tagen wurde es getötet; histopathologisch ergab sich kein krankhafter Befund.

Maus 3: Subkutane Injektion. An der Einstichstelle entwickelte sich eine Infiltration, die nach 5 Tagen geschwürig zerfiel. In dem Pus waren Soorpilze nachweisbar. Nach 14 Tagen kam der Prozeß zur Abheilung.

Digitized by Google

Maus 4: Intrakutane Injektion. Auch hier entwickelte sich eine oberflächliche Ulzeration, die in kurzer Zeit abheilte und in der Soorpilze nicht nachgewiesen werden konnten.

Maus 5: Perkutane Applikation nach vorheriger Reizung der Haut. Es zeigte sich bald eine Rötung, die nach 2 Tagen in eine Pustel überging; diese trocknete nach weiteren 2 Tagen ein. Soorpilze waren nicht nachweisbar.

Versuche an Meerschweinchen. Tier 1: 0,2 ccm Pilzaufschwemmung intravenös. Das Tier ging nach 14 Tagen ein. Pathologisch-anatomisch zeigten sich in der Lunge ganz vereinzelte, kleine, weiße Herde, die sich mikroskopisch als aus Granulationsgewebe bestehend erwiesen. Soorpilze konnten hier nicht nachgewiesen werden.

Tier 2—5: Bei allen subkutanen wie intrakutanen Injektionen entwickelten sich Infiltrationen, die zu mehr oder weniger großen Ulzerationen führten; diese heilten spontan wieder ab. Bei vereinzelten Tieren wurden aus den Reaktionsherden Probeexzisionen vorgenommen, die histologisch kleinzellige Infiltrationen ergaben. Soorpilze konnten nicht nachgewiesen werden.

Versuche an Kaninchen: Tier 1: 2,0 ccm intravenös. Das Tier zeigte keine Veränderungen, weshalb nach 14 Tagen die Injektion wiederholt wurde. Auch diesmal keine Reaktion. Nach 36 Tagen wurde das Tier getötet; bei der Sektion fanden sich keinerlei pathologische Veränderungen.

Tier 2—5: Bei den verschiedenen kutanen Einverleibungsformen zeigten sich an der Einstichstelle leichte Reaktionen, die z. T. zu einer geringen Ulzeration führten. Teilweise konnten aus diesen Kulturen abgeimpft werden. Alle Prozesse heilten spontan wieder ab.

Es handelte sich somit um einen seltenen Fall von Urethritis blastomycotica, der hervorgerufen war durch einen Pilz, der in die Gruppe der großsporigen Soorpilze einzureihen ist, dessen Pathogenität für Laboratoriumstiere nur sehr gering war.

Auf unsere Veranlassung hin ließ dann der Patient auch seine Frau bei uns untersuchen. Sie war 27 Jahre alt und ebenfalls bisher stets gesund gewesen. Vor einem Jahre hatte sie einen Abort durchgemacht. Im Anschluß daran stellte sich etwas gelblicher Ausfluß ein, der vor und nach der Menstruation sich verstärkte, aber keine wesentlichen Beschwerden verursachte. Die Abstrichpräparate ergaben:

1. Urethra: Reichlich Leukozyten, zwischen welchen sich ebenfalls runde bis ovale, bis etwa 6 μ große, intensiv gefärbte Gebilde befanden, die sich grampositiv verhielten. Auch Myzelfäden konnten beobachtet werden.

2. Zervix: Dieses Präparat zeigte die übliche Flora der normalen Vagina. Soorpilze waren darin nicht nachweisbar. Die Zystoskopie ergab zahlreiche, flächenhafte bis linsengroße, weißlichgraue Auflagerungen in der Blase ohne Entzündungserscheinungen der Blase selbst.

Kulturen wurden von beiden Abstrichen angelegt. Während die Kultur von dem Urethralabstrich sofort anging, ergab die Zervikalkultur trotz mehrmaliger Abimpfung ein buntes Bild von Bakterien, während Soorpilze nicht nachgewiesen werden konnten. Die Kulturen des Urethralabstrichs waren etwa 0,5—1 cm im Durchmesser groß, weißgrau, oberflächlich gekörnt, fest verwachsen mit dem Nährboden. Unterschiede der Kulturformen auf verschiedenen Nährböden konnten nicht festgestellt werden. Bierwürze wurde verflüssigt, die Kultur hatte eine rötliche Verfärbung. In Bouillon zeigte sich erst nach 14 Tagen eine dünne Kahmhaut, die aber mikroskopisch aus Spaltpilzen bestand. Aufschwemmung des Kulturabstrichs in physiologischer Kochsalzlösung ergab im hängen-

Digitized by Google

den Tropfen etwa 10—15 μ lange Gebilde, doppelt konturierte Fäden, zum Teil wirr durcheinander liegend, die aber deutliche Segmentierung zeigten und in denen Tröpfchen, Granula und Vakuolen eingeschlossen waren. Außerdem fanden sich Gruppen von kleinen kreisrunden Gebilden, die von einer Kapsel umgeben waren (Klamydosporen). Myzel war nicht nachweisbar. Beobachtung der Fortpflanzung ergab zunehmende Sporulation mit Vermehrung der einzelnen Sporenanhäufungen. Auch in diesem Falle haben wir, um die Tierpathogenität nachzuprüfen, Tierversuche angestellt, jedoch haben wir keine einwandfreie Pathogenität feststellen können. Von besonderem Interesse dagegen war, daß bei der Tierpassage sich aus dem Kulturmaterial, das aus dem Zervixabstrich hergestellt war, jetzt Kulturen herstellen ließen, die morphologisch wie biologisch dieselben Eigenschaften zeigten wie die Kulturen aus dem Urethralabstrich. Der Vollständigkeit halber bringe ich die Protokolle der Tierversuche.

Maus 1: 0,2 ccm intravenös in die Schwanzvene. Das Tier verendete nach wenigen Tagen. Es ließen sich keine pathologischen Veränderungen nachweisen.

Maus 2: 0,4 ccm intraperitoneal. Da keine Veränderungen nachweisbar, erneute Injektion nach 8 Tagen. 2 Tage später war das Tier verendet. Histopathologisch waren keine Veränderungen nachweisbar.

Maus 3: Subkutane Injektion mit der Zervikalkultur: Nach einigen Tagen kam es zu einer Infiltration, die wenige Tage später ulzerierte. 10 Tage nach der Impfung folgender Befund: An der Impfstelle etwas überlinsengroße Ulzeration mit schlaffen Rändern, schmierig belegtem Grund. Abimpfen von dem Sekret ergab kulturell dieselben Befunde wie die Urethralkulturen. Im Laufe der nächsten Zeit vergrößerte sich diese Ulzeration. Da sonst keine Veränderung an dem Tiere feststellbar war, wurde dasselbe am 29. Tage getötet. Die exzidierte Ulzerationsstelle zeigte kleinzellige Infiltration, z. T. Granulationsgewebe. Vereinzelte Myzelfäden konnten nachgewiesen werden. Der übrige Sektionsbefund war o. B.

Maus 4: Intrakutane Injektion mit der Zervikalkultur: An der Impfstelle kleine Pustel, die nach 4 Tagen völlig abgetrocknet war; sonst kein Befund. Eine aus der Pustel angesetzte Kultur ergab wieder identische Befunde mit den Urethralkulturen.

Maus 5: Perkutane Injektion. Rötung an der Einreibestelle mit oberflächlicher Krustenbildung, die 14 Tage lang besteht, um dann abzuheilen. Abimpfungen verlaufen negativ.

Versuche an Meerschweinchen: Tier 1: Intravenöse Injektion mit Urethralkulturaufschwemmung. Das Tier war 4 Tage nach der Injektion verendet. Sektionsbefund makroskopisch wie mikroskopisch o. B.

Tier 2: 0,5 ccm der Zervikalkulturaufschwemmung intraperitoneal. Das Tier zeigt keine Veränderungen. 8 Tage später erneute Injektion von 1 ccm der Aufschwemmung. Bis zu einer Beobachtungszeit von 14 Tagen keine Veränderung. Das Tier wird getötet. In beiden Lungenspitzen makroskopisch vereinzelte, kleine, weißliche Einlagerungen, die mikroskopisch sich als Granulationsgewebe in dem interalveolären Bindegewebe herausstellen, mit vereinzelten Pilzfäden. Im übrigen keine pathologischen Veränderungen.

Tier 3: 0,5 ccm der Urethralkulturaufschwemmung subkutan. Infiltration an der Einstichstelle, die sich ganz allmählich vergrößert, um nach 16 Tagen zu abszedieren. Prozeß schreitet langsam weiter fort. In dem Eiter erscheinen vereinzelte kreisrunde bis ovale Gebilde und Fäden, die mit Methylenblau intensiv blau gefärbt sind und als Soorpilze angesprochen werden müssen, trotzdem die Kultur aus dem Eiter nicht gelingt. Probeexzision ergibt chronisch-entzündliches Gewebe, in dem aber keine Pilze gefunden werden. Die Ulzeration geht nach 4 Wochen in Heilung über, nach weiteren 14 Tagen sind an dem Tiere keine pathologischen Veränderungen mehr nachweisbar.

Tier 4: Intrakutane Injektion mit Zervikalkultur (3 Quaddeln). Nach einigen Tagen flache Ulzerationen, die schnell an Dimension zunehmen; in der Umgebung zwei kleinere Herde. Nach 14 Tagen derselbe Befund, Stillstand des Prozesses am

Digitized by Google

28. Tage. Das Tier wird getötet. Außer den Ulzerationen, die aus entzündlichem Gewebe ohne Pilzfäden bestehen, makroskopisch wie mikroskopisch keine pathologischen Veränderungen nachweisbar. Abimpfung aus der Ulzeration am 10. Tage ergab ein negatives Resultat.

Tier 5: Perkutane Einreibung ergibt Rötung mit Krustenbildung, die aber nach einigen Tagen abheilt. Erneute Einreibung ergibt denselben Befund.

Versuche an Kaninchen. Mit Rücksicht auf die Befunde bei den anderen Tierversuchen und auf die Ergebnisse der parallel laufenden Kaninchenversuche von der Urethralkultur des Mannes haben wir beim Kaninchen von diesen Untersuchungen Abstand genommen, statt ihrer aber Installationen von 2 ccm der Pilzaufschwemmung in die Blase von 3 Kaninchen gemacht. Bei 2 Versuchstieren konnten wir die interessante Beobachtung machen, daß aus steril entnommenen Urinproben, die nach 8, 14, 21, 28 Tagen entnommen waren, Kulturen der Soorpilze herzustellen waren. Im hängenden Tropfen wie im Färbepräparat ergaben diese dieselben Befunde wie das Ausgangsmaterial.

Vergärungsversuche von der männlichen wie von der weiblichen Kultur fielen sowohl auf Monosaccharide wie auch auf Bisaccharide und Polisaccharide negativ aus.

Aus diesen Befunden ersehen wir, daß es sich in unserem Falle um eine konjugale Soorpilzerkrankung handelt, und zwar handelt es sich um die großsporige, verflüssigende Varietät der Soorpilze.

2. Frau Maria W., 45 Jahre alt, Bäckersfrau, stammt aus gebirgiger Gegend Schlesiens. Eltern beide tot, ziemlich alt geworden. Mutter hatte wie die Patientin einen starken Hals, mit Vergrößerung der Schilddrüse, und soll auch sehr leicht erregbar gewesen sein. Der Mann ist gesund. Patientin hat 3 Kinder, die gesund sind. Patientin ist früher nicht besonders krank gewesen. Bei einer Entbindung wurde die Blase verletzt und mußte deshalb genäht werden. Patientin mußte, da der Mann einberufen wurde, das Geschäft selbst verwalten; hierdurch viele Aufregungen. 1921 wurde bei der Patientin zum ersten Male Zucker im Harn festgestellt, außerdem Azidose. Die Saccharummenge schwankte zwischen 2 und 7%. Seit Frühjahr 1924 in Behandlung. Zunächst nur mit Diät behandelt. Juni/Juli 1924 erste Insulinkur. Die allgemeinen Beschwerden, wie Nervenreißen, Ischias, Furunkulose, Pruritus vulvae, besserten sich vollständig, Saccharum ging herunter bis auf 0,1%, an einigen Tagen sogar völlig zuckerfrei. Azeton und Azetessigsäure waren verschwunden. Auch das Allgemeinbefinden war gut. Die Wirkung der Kur hielt etwa 3—4 Monate an. März/April 1925 erneute Kur. Saccharum war wieder auf etwa 5% gestiegen. Insulin wieder gut vertragen. Seit Beginn 1926 erneute Beschwerden, besonders peinigte die Patientin der Pruritus vulvae, welcher jeder Behandlung trotzte. Juli 1926 beginnt eine erneute Behandlung mit Insulin, jedoch geht diesmal der Juckreiz nicht zurück. Patientin hatte das Gefühl, als wenn sich in der Blase Gase entwickelten, welche unter einem stark brennenden Gefühl durch die Urethra entwichen und dann einen erneuten, ganz besonders starken Reiz auslösten. Der Harn soll oft flockig gewesen sein. Tagesharnmenge, sonst bis zu 5 l vermehrt, jetzt etwa 2,5 l. Es handelt sich um eine Frau in mittleren Jahren, vielleicht etwas jünger aussehend. Teint etwas milchig glasig. Guter Ernährungszustand, gute Muskulatur und Knochenbau. Hals ist etwas stark, es besteht leichter Exophthalmus, jedoch kein Graefe, Möbius noch Stellwaag. Die Reflexe sind leicht auslösbar. Patientin reagiert auf Aufregungen sehr stark. Sofortige vermehrte Saccharumausscheidung bis zu 4% und Auftreten von Azidose. Diese Neurasthenie des vegetativen Nervensystems begünstigt nicht unerheblich den Diabetes.

Bei der am 4. 8. 1926 vorgenommenen Untersuchung des Harnsediments fanden sich Leukozyten und neben Myzelfäden zahlreiche Zellhäufchen, die im frischen Präparat im hängenden Tropfen doppeltkonturiert erscheinen, teils rund, teils oval, von der Größe bis zu 4 μ. Zystoskopie wurde abgelehnt. Kulturen auf Agar ergaben nach 2 Tagen flache weißliche, bis 0,5 cm im Durchmesser große Auflagerungen, grob gekörnt, matt glänzend. Bierwürze wurde verflüssigt. Auf der Bouillon zeigte sich bei einer Beobachtungszeit von 3 Wochen keine Kahmhaut.

Digitized by Google

Es handelte sich um einen Fall von Cystitis blastomycotica, die hervorgerufen war durch die großsporige Varietät des Soorpilzes.

An dieser Stelle möchte ich noch eine weitere, sehr interessante Beobachtung einfügen, die ich bei einem amerikanischen Professor, der auf Studienreisen in Europa war, gemacht habe:

Prof. H. hielt sich längere Zeit in Schweden auf. Hier mußte er im Essen seine bisherigen Gewohnheiten völlig umstellen und bekam vor allem sehr viel Käse (Roquefort) und außerdem sehr viel fetthaltige Speisen. Nach 10 Tagen bekam er plötzlich eine sehr starke Diarrhoe und wurde aus diesem Grunde sofort auf Diät gesetzt. Einige Tage später trat plötzlich eine nicht schmerzhafte Schwellung des rechten Hodens und Nebenhodens auf, deren Ätiologie der seinerzeit behandelnde Arzt nicht erforschen konnte. Trotz heißer Umschläge schwollen Hoden und Nebenhoden bis zu Kleinfaustgröße an, und nun setzte auch starke Schmerzhaftigkeit ein. Unter Bettruhe, Wärmeapplikation und Schwitzkur ging die Schmerzhaftigkeit mehr und mehr zurück, dagegen zeigte sich keine Veränderung der Schwellung. Nach 10tägiger Behandlung konnte der Patient das erstemal wieder aufstehen, fühlte sich jedoch sehr schwach. Er hatte über 10 Pfund an Gewicht während der Zeit der Behandlung verloren. Im Laufe der nächsten 14 Tage besserte sich dann das Befinden, so daß Patient nach Berlin weiterreisen konnte. Hier konsultierte er uns, und es zeigte sich folgender Befund:

Patient ist in gutem Ernährungszustand; kräftige Muskulatur und Knochenbau. Gesicht fahl, Schleimhäute blaß. Herz und Lunge, ebenso wie die übrigen Organe o. B. Rechter Nebenhoden etwa kinderfaustgroß geschwollen, Hoden gut abgrenzbar, nicht verändert. Keine Druckschmerzhaftigkeit. Nebenhoden im ganzen derb infiltriert, an keiner Stelle Fluktuation nachweisbar, bei durchfallendem Licht keine Aufhellung. Samenstrang etwa auf Bleistiftstärke verdickt. Aus der Harnröhre, trotzdem der Patient 4 Stunden keinen Urin gelassen hatte, kein Sekret ausdrückbar. Prostata im ganzen geschwollen, etwa kleinhühnereigroß, der rechte von dem linken Lappen nicht abgrenzbar. Hinter der Prostata beide Samenblasen deutlich verdickt. Nach kräftiger Expression entleert sich aus der Harnröhre gelblichschleimiges Sekret, in dem bei mikroskopischer Untersuchung neben starker Leukozytenansammlung zahlreiche grampositive, teils ovale, teils runde Gebilde von 5—6 μ Größe, die z. T. in ganzen Reihen bis acht hintereinander angeordnet sind. Bei durchfallendem Licht zeigen sich im hängenden Tropfen diese Gebilde als doppeltlichtkonturiert.

Urin I und II trübe, ohne Fäden. In dem Zentrifugat zeigen sich dieselben Gebilde, wie ich sie vorher bei dem Sekret beschrieben habe. Zystoskopie wurde von dem Patienten leider abgelehnt. Kulturen aus dem Sekret und dem Zentrifugat ergaben gleichwertige Bilder. Es zeigten sich auf Agar und Maltose-Agar runde, teils etwas ovale Herde bis zu 0,5 cm Durchmesser, Oberfläche matt glänzend, grob granuliert, grauweiß verfärbt. Auf Bierwürze erscheinen die Kulturen rötlich verfärbt; die Kultur wird verflüssigt, was vor allem für die Rubrizierung der Pilzart von Wichtigkeit ist. Untersuchungen aus der Kultur ergaben morphologisch wie biologisch dieselben Resultate wie das Ausgangsmaterial. Myzel konnte nicht nachgewiesen werden.

Wegen der Klärung der Pathogenitätsfrage wurden weiterhin Tierversuche angestellt, und zwar wurden Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen mit Pilzaufschwemmungen in den schon früher angegebenen Applikationsformen geimpft.

Maus 1: 0,2 ccm Kulturaufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung intravenös in die Schwanzvene. Das Tier wurde am nächsten Morgen verendet aufgefunden; die Sektion ergab keine pathologischen Veränderungen.

Maus 2: 0,2 ccm Pilzaufschwemmung intravenös in die Schwanzvene. Dies Tier war am nächsten Morgen vollkommen apathisch und wurde tags darauf verendet vorgefunden. Auch hier konnten keine pathologischen Veränderungen nachgewiesen werden.

Maus 3: Zwei intrakutane Quaddeln der Pilzaufschwemmung. Am folgenden Tage zeigten sich an dieser Stelle entzündliche Knötchen von weicher Konsistenz.

Digitized by Google

2 Tage später hatten sich an dieser Stelle oberflächliche Geschwüre gebildet mit flachen, etwas unterminierten Rändern und schmierig belegtem Grunde. Aus dieser Absonderung wurden erneut Kulturen angesetzt, die neben Staphylokokken auch noch andere Bakterien ergaben. Soorpilze dagegen konnten nicht nachgewiesen werden. Die Ulzerationen vergrößerten sich immer mehr. Am 8. Tage war das Tier verendet. Bei der Sektion ergaben sich kleine, stecknadelkopfgroße, weißliche Herde in den Lungen und in den Nieren. Histologisch zeigten diese Herde kleinzellige Infiltration. Pilze konnten nicht nachgewiesen werden. Im übrigen ergaben sich keine pathologischen Veränderungen.

Maus 4: Zwei intrakutane Quaddeln. Auch hier entwickelten sich an der Impfstelle im Laufe von 3 Tagen geschwürige Prozesse, die sich mit der Zeit weiter vergrößerten. Am 13. Tage ist das Tier verendet. Die beiden Ulzerationen waren konfluiert, etwa münzengroß; schlaffe, unterminierte Ränder mit schmierig belegtem Grunde. Die Umgebung entzündlich gerötet und wenig infiltriert. Bei der Sektion ergaben sich in Lunge und Leber vereinzelte stecknadelkopfgroße, weißliche Knötchen. Histologisch handelte es sich um kleinzellige Infiltrationen. Pilznachweis ist nicht gelungen.

Maus 5: 0,5 ccm der Pilzaufschwemmung subkutan. An der Einstichstelle entwickelt sich eine Infiltration, die nach 3 Tagen Neigung zur Rückbildung zeigt. Am 6. Tage war keine Infiltration mehr nachweisbar.

Maus 6: 0,5 ccm der Pilzaufschwemmung subkutan. An der Injektionsstelle zeigte sich nach 2 Tagen eine Infiltration, die von Tag zu Tag mehr zunahm. Am 8. Tage zeigte sich Erweichung. Mit der Punktionsflüssigkeit aus dem Abszeß wurden erneut Kulturen angelegt, die morphologisch wie biologisch dem Ausgangsmaterial völlig gleichwertig waren. Nach einigen Tagen hatte sich eine Ulzeration an der Punktionsstelle entwickelt, die etwa einpfennigstückgroß war, kraterförmig in die Tiefe ging, mit steilen Rändern und schmierig belegtem Grunde. Im Verlauf der nächsten 5 Tage begann die Wunde sich zu reinigen. Es zeigten sich Granulationen. In der nächsten Zeit machte sich eine deutliche Verkleinerung der Ulzeration bemerkbar; nach weiteren 14 Tagen war die Ulzeration völlig geheilt.

Maus 7: 1 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär. An der Injektionsstelle zeigten sich im Verlauf von 14 Tagen keine Veränderungen. Auch sonst ließ das Tier nicht auf krankhafte Zustände schließen. Trotzdem wurde es am 21. Tage getötet. Die Sektion ergab weder makroskopisch noch mikroskopisch pathologische Veränderungen.

Maus 8: 2 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär. Hier zeigte sich nach 2 Tagen ein infiltrativer Prozeß an der Injektionsstelle, der zunächst weiter zunahm, vom 8. Tage ab aber Neigung zur Rückbildung zeigte. Am 16. Tage war an dem Tiere keine pathologische Veränderung mehr nachzuweisen.

Meerschweinchen 1: Perkutane Einreibung von Pilzaufschwemmung. An der Einreibungsstelle zeigte sich am folgenden Tage eine Rötung mit vereinzelter, oberflächlicher Pustelbildung. Am folgenden Tage sind diese Erscheinungen zurückgegangen. Im übrigen sind keine Veränderungen nachzuweisen.

Meerschweinchen 2: Perkutane Einreibung von Pilzaufschwemmung. Am nächsten Tage Rötung mit oberflächlicher Pustelbildung, die am folgenden Tage zurückgegangen war. Sonst sind keine pathologischen Veränderungen bemerkbar.

Meerschweinchen 3: drei intrakutane Quaddeln mit Pilzaufschwemmung. An allen drei Stellen entwickeln sich Pusteln und einige Tage später Geschwüre mit unterminierten Rändern, unregelmäßig konfiguriert, mit schmierig belegtem Grunde. Die Ulzerationen reinigen sich im Laufe der nächsten Tage und sind am 9. Tage völlig abgeheilt.

Meerschweinchen 4: Drei intrakutane Quaddeln mit Pilzaufschwemmung. An den Injektionsstellen entwickeln sich linsengroße Infiltrate, die sich aber im Laufe der nächsten Tage völlig zurückbilden.

Meerschweinchen 5: 1 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. An der Injektionsstelle zeigt sich am folgenden Tage entzündlich gerötete Infiltration, die im Laufe der nächsten Tage an Größe zunimmt und am 8. Tage zur Abszeßbildung führt. Impfungen mit der Punktionsflüssigkeit auf Kulturen ergaben morphologisch wie biologisch dasselbe Ergebnis wie das Ausgangsmaterial. An dem Krankheitsherd entwickelte sich weiter eine Ulzeration. Das Tier wurde am 11. Tage verendet vorgefunden und zeigte bei der Sektion makroskopisch wie mikroskopisch keine

Digitized by Google

Veränderungen. Probeexzision aus der Ulzeration zeigte entzündliche Infiltration. Pilze konnten nicht nachgewiesen werden.

Meerschweinchen 6: 1 ccm Pilzaufschwemmung subkutan. Am folgenden Tage zeigte sich an der Injektionsstelle nur geringe Infiltration, die sich im Laufe der nächsten Tage völlig zur Norm zurückbildet.

Meerschweinchen 7: 1 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär. Bei längerer Beobachtung zeigt sich keine pathologische Veränderung.

Meerschweinchen 8: 3 ccm Pilzaufschwemmung intramuskulär ergeben am nächsten Tage eine knotige Veränderung an der Injektionsstelle, die sich im Laufe der nächsten Zeit noch vergrößert und am 8. Tage zur Abszeßbildung führt. Die Punktionsflüssigkeit ist von zäher, schleimiger Konsistenz und ergibt ebenso wie die Kulturen morphologisch wie biologisch dieselben Resultate wie das Ausgangsmaterial.

Untersuchungen an Kaninchen wurden in derselben Weise durchgeführt und ergaben, außer kleinen, ulzerativen Prozessen an der Behandlungsstelle, keine pathologischen Veränderungen. Außerdem waren alle Tiere bis auf die intravenös gespritzten, die kurz bzw. einen Tag nach der Impfung verendet vorgefunden wurden, am Leben geblieben. Bei den beiden verendeten Tieren zeigten sich keine pathologischen Veränderungen, die auf eine Pilzerkrankung schließen ließen.

Zusammenfassend handelte es sich also in diesem Falle um eine Hefepilzart, die in die großsporige Form der Soorpilze einzureihen ist und die wegen ihrer Sprossungsreihen einen Übergang zu den Saccharomyzeten bildet.

Was die Pathogenität anlangt, so kann man im großen und ganzen nicht von einer Tierpathogenität sprechen. Interessant an dem Falle ist vor allem, daß die Pilzinvasion höchstwahrscheinlich vom Darme aus erfolgt ist, und zwar durch die plötzliche einseitige Ernährung mit Käse, der ja bekanntlich sehr viel Hefepilze enthält.

Anschließend hieran bringe ich 5 Krankengeschichten von Fällen, die in das von FABRY Erosio interdigitalis blastomycotis bezeichnete Bild einzureihen sind.

Fall 1: Maria K., 42 Jahre alt. Anamnese o. B. Seit einem Jahr zwischen dem Ring- und Mittelfinger eine wunde Stelle, die subjektiv keine Beschwerden verursacht. Befund: Zwischen Ring- und Mittelfinger auf geröteter Basis grauweiße Auflagerung, der Herd ziemlich scharf gegen die Umgebung abgesetzt, symmetrisch über beide Finger ungefähr in Münzengröße reichend. Aus dem weißlichgrauen Belag hergestellte Kulturen ergaben auf Agar nach 2 Tagen kleine Herde bis 1,5 cm Durchmesser, kreisförmig, mit gekörnter Oberfläche, grauweiß verfärbt. In Bouillon zeigte sich eine Kahmhaut, die aber, wie sich herausstellte, nicht aus Soorpilzen, sondern aus Schimmelpilzen bestand. Bierwürze wurde verflüssigt. Sporenfärbung ergab, daß diese Pilze keine Sporen enthielten. Mit Methylenblau zeigten sich Reihen von kleinen, ovalen Körperchen, die bei oberflächlicher Betrachtung wie Myzel aussahen, aber durch ihre Septierung als Sprossung aufzufassen waren. Fortpflanzungsbeobachtung: Im hängenden Tropfen zeigte sich immer weiter fortschreitende Sprossung; innerhalb der einzelnen Zellen fanden sich Vakuolen und Granula. Es handelte sich also um eine Oidiumpilzart und ein Krankheitsbild, das neuerdings FABRY als oberflächliche Blastomykose bezeichnet hat. Interessant waren weiterhin die Tierimpfversuche, bei denen sich folgende Ergebnisse zeigten:

Meerschweinchen 1: 1 ccm Pilzaufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung intrakutan injiziert zeigte am 3. Tage Abszeßbildung. Aus diesem Abszeß gelang eine neue Pilzkultur, die aber im Gegensatz zu der Ausgangspilzkultur Myzelbildung zeigte trotz der morphologischen Übereinstimmung mit der ersteren. Am 8. Tage zeigte sich eine Ulzeration mit flachen, unterminierten Rändern, etwa pfennigstückgroß. Im Laufe der nächsten Zeit reinigte sich die Ulzeration und war 14 Tage später völlig abgeheilt.

Meerschweinchen 2: Bei subkutaner Injektion von 1 ccm Pilzaufschwemmung zeigte sich eine Knotenbildung, die sich allmählich vergrößerte, um am 6. Tage zu erweichen. Die Punktion ergab eine zähschleimige Flüssigkeit, die histologisch

Digitized by Google

aus doppeltlichtbrechenden, kleinen, ovalen, teils bis zu 5 Gliedern aneinandergereihten Gebilden bestand; innerhalb derselben Vakuolen und Granula; Myzelbildung konnte nicht nachgewiesen werden. Probeexzisionen aus den Ulzerationen zeigten kleinzellige Infiltration, dagegen waren keine Soorpilze nachweisbar. 10 Tage nach der Injektion ging das Tier ein. Die Sektion zeigte Veränderungen in der Lunge und Milz sowie in der Leber, die aus vereinzelten, kleinen, grauweißen Knötchen bestanden. In den Lungen fanden sich diese Veränderungen vor allem in den Lungenspitzen, während die beiden Lungenflügel fast frei von pathologischen Veränderungen waren. In den Nieren waren keine Veränderungen nachweisbar. Histologisch handelte es sich um kleinzellige Infiltration. Der Nachweis von Soorpilzen konnte nicht erbracht werden.

Fall 2: Anna Sch., 43 Jahre alt. Patientin leidet seit 6 Jahren an Rheumatismus, ist im übrigen aber stets gesund gewesen. Aus der Familienanamnese ergibt sich nichts Besonderes. Menses regelmäßig. 3 Partus. Patientin leidet seit etwa 2—3 Jahren, wie sie angibt, an immer wieder auftretenden Ausschlägen an beiden Händen und Füßen, die sich dann unter Salbenbehandlung bessern, was aber nicht hinderte, daß immer wieder neue Schübe auftraten. Völlig geheilt war die Erkrankung nach Angabe der Patientin eigentlich nie. Befund: Auf den Handtellern und Fußsohlen, übergreifend in die Interdigitalfalten, z. T. auch auf den Hand- und Fußrücken, zahlreiche, kleine Bläschen, die sich derb anfühlen und ziemlich tief zu sitzen scheinen, daneben aber auch auf geröteter Basis zahlreiche kleine Knötchen, oberflächliche Bläschen, Schuppen und Krusten. Subjektiv klagte die Kranke über starkes Jucken. Die Diagnose lautet: Dyshidrotisches Ekzem. Veranlaßt durch unsere Nachforschungen nach pathogenen Hefepilzen haben wir verschiedene der tief gelegenen, kleinen Bläschen punktiert und auf Agar und Bouillon überimpft, und waren nicht wenig erstaunt, als sich nach etwa 2 Tagen an der Impfstelle kleine, für Hefepilzkulturen charakteristische Herde zeigten. Wir impften dann weiter Bierwürze, die verflüssigt wurde. Histologisch handelte es sich um reihenförmig aneinander gelagerte, doppeltlichtbrechende Gebilde, von 5—6 μ Größe, mit Vakuolen und Granula im Innern, z. T. in Herden angeordnete Gebilde mit einer Kapsel versehen (Klamydosporen). Wir hatten hier besonders darauf geachtet, daß aus tief gelegenen Bläschen der Inhalt, der im übrigen klar wässerig erschien, völlig steril entnommen wurde, und haben nach Erhebung dieses interessanten Befundes Kontrollversuche gemacht aus den oberflächlichen Bläschen, Schuppen und Krusten und dem durch Reiben hervorgerufenen Serum. Wir haben feststellen können, daß bei diesen Kulturversuchen Staphylokokken sozusagen in Reinkultur wuchsen. Auch in diesem Falle wurden wieder Tierversuche angestellt, und zwar haben wir je ein Meerschweinchen mit 1 ccm Pilzaufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung intrakutan und subkutan geimpft. Bei Meerschweinchen 1 zeigte sich nach 3 Tagen geschwüriger Zerfall, die Ränder waren glatt, die Granulationen teilweise grünlichweißlich belegt. Impfungen aus diesem Herde ergaben Staphylokokken in Reinkultur. Hefen konnten nicht nachgewiesen werden, dagegen zeigten sich histopathologisch in diesem Herde, nachdem das Tier am 18. Tage getötet war, ganz vereinzelte Myzelfäden innerhalb von Granulationsgewebe. Im übrigen ergaben sich bei der Sektion keine pathologischen Veränderungen. Bei Tier 2 entstand ein Knoten, der sich bis zum 4. Tage vergrößerte, dann aber eine deutliche Tendenz zur Rückbildung zeigte. Bei dem Tiere waren sonst keine Veränderungen nachweisbar; aus diesem Grunde wurde auch davon abgesehen, das Tier zu töten. Komplementbindungsversuche nach der schon vorher angegebenen Methode ergaben ein positives Resultat.

Fall 3: Frau Emma R., 36 Jahre alt. Stets gesund gewesen. Familienanamnese o. B., 3 gesunde Kinder. Menses regelmäßig. Seit ¾ Jahren unter den Mammae Ausschlag, der stark näßt. Bisher mit Röntgenstrahlen und Salben verschiedenster Art ohne Erfolg vorbehandelt. Befund: Kräftige Frau von gesundem Aussehen. Unter den Mammae etwa handtellergroße, von den Mammae auf die Brust übergehende Herde, entzündlich gerötet, mit teilweise grauweißlichem, teilweise nässendem Belag, zahlreiche kleine Pusteln und Krusten. Urin: Saccharum negativ. Kulturen aus den Herden ergaben auf Agar, Maltose-Agar und Bouillon Staphylokokken, doch fiel an den Kulturen auf, daß allem Anschein nach noch andere Erreger vorhanden sein mußten. Veranlaßt durch die Erfahrung bei der Kulturuntersuchung der Zervixaufschwemmung bei der Patientin mit Urethral-Blastomykose, wo sich gezeigt hatte, daß trotz der Überwucherung der Kultur mit Staphy-

Digitized by Google

lokokken nach der Tierpassage Hefepilze nachweisbar waren, haben wir auch in diesem Falle nach vorheriger mehrfacher Abimpfung von Kulturen Aufschwemmungen verimpft, und zwar subkutan und intrakutan auf Meerschweinchen. Bei der subkutanen Form der Einverleibung entstand sehr schnell Abszeßbildung, und erneute Kultur zeigte wieder Staphylokokken. In der Umgebung des Impfherdes trat sehr bald diffuse Aussaat von kleinen Abszessen auf, aus denen die Kulturen auch wieder wie die mikroskopischen Untersuchungen Staphylokokken ergaben. Bei der intrakutanen Überimpfung zeigte sich jedoch folgender, sehr interessanter Befund: Im Laufe der Zeit, bis zum 6. Tage, wuchs der Infiltrationsherd an der Impfstelle mehr und mehr und zeigte vom 9. Tage ab sichere Erweichung. Eine Punktion des Herdes ergab eine ganz geringe Menge zähschleimiger Flüssigkeit, die sofort kulturell ausgewertet wurde. Die Kulturen auf Agar wie auch auf Maltose-Agar zeigten kleine, bis 0,75 cm im Durchmesser große Herde von weißlicher Farbe, bei genauer Betrachtung fein gekörnt. Die Kulturen hatten keine Neigung in die Tiefe zu wachsen, sondern hafteten fest an den Kulturnährböden. Daraufhin angestellte Kulturen auf Bierwürze zeigten Verflüssigung. Im ganzen stellte sich also heraus, daß es sich um charakteristische Soorpilzkulturen handelte. Im hängenden Tropfen ergab sich zahlreiche Myzelbildung mit Klamydosporen. Bei dem ersten Tiere heilten die Prozesse von selbst innerhalb von 16 Tagen ab, bei dem zweiten Tiere bildete sich am 14. Tage etwa eine kraterförmige Ulzeration, deren Grund schmierig belegt war. Das Tier war an sich lebhaft und zeigte keine ernsteren Veränderungen. Am 22. Tage wurde es getötet. Es zeigte in der Lunge und Leber vereinzelte, stecknadelkopfgroße, weiße Knötchen, die mikroskopisch aus Granulationsgewebe bestanden. Pilze ließen sich dagegen nicht mehr nachweisen. Dieser Fall war deshalb von besonderer Bedeutung, als erst durch die Tierpassage die Diagnose auf Hefepilzerkrankung gestellt werden konnte, da bei den übrigen Untersuchungen die Staphylokokken die Hefepilze überwucherten. Angeregt durch diese interessante Beobachtung, haben wir dann weiter bei 36 Patienten mit intertriginösen Ekzemen Versuche dieser Art angestellt, die aber sämtlich negative Resultate ergaben.

Fall 4: Frau Liselotte B., 37 Jahre alt. Stets gesund gewesen. Vor 3 Jahren zwischen dem rechten Mittel- und Ringfinger eine entzündete Stelle, die im Anschluß an achttägige Behandlung abheilte. Jetzt wieder seit etwa 3/4 Jahren an derselben Stelle das gleiche Krankheitsbild. Befund: Zwischen Mittel- und Ringfinger ein kreisrunder, etwa münzengroßer, entzündlich geröteter Herd, scharf gegen die Umgebung abgesetzt, mit grauweißen Belägen. Histologisch zeigten diese letzteren neben echtem Myzel Myzel vortäuschende Sprossungsreihen mit Klamydosporen und endogener Sporenbildung. Kulturen auf Agar, Maltose-Agar, Bouillon und Bierwürze wurden angelegt. Auf den beiden ersteren zeigten sich nach 36 Stunden kleine, weißliche, halbkugelige Gebilde von glatter Oberfläche. Mit der Ausdehnung des Herdes schwand die Halbkugelform und flachte sich allmählich ab. Am 3. Tage waren die Herde im Durchmesser ungefähr 0,75 cm groß und zeigten grobe Körnelung. Auf der Bouillonkultur zeigte sich in diesem Falle keine Kahmhaut. Bierwürze wurde verflüssigt. Aus der Bouillon wie auch aus den anderen Kulturen hergestellte Untersuchungen im hängenden Tropfen ergaben Reihen von ovalen Gebilden mit teilweise endogener Sporenbildung, außerdem Myzel. Impfversuche an Meerschweinchen wurden subkutan und intrakutan angestellt. Ein Meerschweinchen wurde mit 1 ccm einer Pilzaufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung intrakutan geimpft. Die Quaddel zeigte schon nach 24 Stunden Neigung zur Abszeßbildung, die nach weiteren 24 Stunden ausgeprägt war. Aus diesen Herden konnten keine Hefepilze nachgewiesen werden. Auch erneute Impfversuche fielen negativ aus, ebenso zeigte sich kulturell jetzt Staphylokokkenbildung. Der Abszeß heilte in 14 Tagen ab; das Tier zeigte keine pathologischen Veränderungen und wurde aus diesem Grunde auch nicht getötet. Bei dem 2. Tiere wurde 1 ccm Pilzaufschwemmung subkutan überimpft. Das Tier war eine Stunde nach der Impfung sehr hinfällig und wurde am nächsten Morgen verendet vorgefunden. Die Sektion ergab keine pathologischen Veränderungen.

Fall 5. Anna H., 32 Jahre alt. Familie stets gesund gewesen. Ebenso ergibt die Anamnese der Patientin selbst keinen besonderen Befund. Seit etwa 3/4 Jahren zeigte sich zwischen Mittel- und Ringfinger der linken Hand eine entzündete Stelle, die die Patientin aber, da sie ihr weiter keine Beschwerden machte, nicht weiter beachtete. Befund: Zwischen Mittel- und Ringfinger der linken Hand eine kreis-

Digitized by Google

runde, scharf gegen die Umgebung abgesetzte, gerötete Stelle mit grauweißlichem Belag. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückchens des abgeschabten grauweißlichen Belags ergibt neben Leukozytenanhäufungen aneinandergereihte ovale Gebilde mit endogener Sporenbildung. Klamydosporen und Myzel nicht nachweisbar. Kulturen auf Agar, Maltose-Agar, Bouillon und Bierwürze. Bei den beiden ersteren zeigten sich nach 36 Stunden 0,25 bis 0,75 cm im Durchmesser große Kreise, weißgrau verfärbt, grob gekörnt, flach aufliegend, fest mit der Kultur verbunden, dagegen keine Wachstumstendenz nach der Tiefe hin. Bouillon zeigte bei einer Beobachtung von 14 Tagen keine Kahmhaut. Bierwürze wurde verflüssigt. Untersuchungen von Präparaten aus den Kulturen im hängenden Tropfen ergaben als auffallende Erscheinung, daß sich hier zahlreiche Myzelbildung und Klamydosporenbildung zeigte. Tierversuche wurden an Meerschweinchen intrakutan und subkutan ausgeführt. Bei der intrakutanen Impfung von 1 ccm Aufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung, nachdem vorher die Kultur sechsmal überimpft worden war, zeigte sich nach 24 Stunden eine kleine Ulzeration mit schmierig belegtem Grunde. Nach weiteren 24 Stunden waren vereinzelte, kleine, punktförmige Ulzerationen in der Umgebung zu sehen, die sich allmählich mehr ausdehnten. Mikroskopische Untersuchung der Ulzerationsauflagerung ergab Staphylokokken, aber keine Anhaltspunkte für Pilze; ebenso zeigten auch neu angelegte Kulturen Staphylokokken, allerdings vereinzelt mit Herden, die für Staphylokokkenkulturen nicht charakteristisch waren. Aber trotz mehrfacher Überimpfung gelang es nicht, aus diesen, allem Anschein nach aus Hefepilzen bestehenden Vermischungen Hefen in Reinkultur abzuzüchten. Auch ein erneuter Impfversuch von diesen häufig überimpften zweiten Kulturen gab kein Resultat, das auf bestehende Hefepilzerkrankung hindeutete. Die bei dem Tiere bestehenden Ulzerationen reinigten sich vom etwa 8. Tage ab und gingen allmählich in Heilung über. Am 21. Tage war von der Erkrankung nichts mehr zu sehen; auch zeigte das Tier sonst keine Befunde einer bestehenden Erkrankung. Das Tier wurde trotzdem getötet, wies aber keine pathologischen Veränderungen auf. Auch der vor der Tötung vorgenommene Komplementbindungsversuch verlief negativ. Bei der subkutanen Impfung von 1 ccm der Aufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung zeigte sich im Verlauf der ersten 6 Tage eine Vergrößerung der ursprünglich gesetzten Infiltration. Am 10. Tage war der Prozeß zum Stillstand gekommen und zeigte keine Erweichungsneigung. Am 16. Tage erschien der Herd verkleinert, am 20. Tage war die Infiltration deutlich zurückgegangen. Jetzt wurde der Herd exzidiert. Es zeigte sich histologisch Granulationsgewebe, aber Hefepilze waren weder in dem frischen Präparat, das vorher mit Kalilauge aufgehellt war, nachzuweisen, noch nach vorheriger Färbung mit Gram feststellbar. Am 26. Tage wurde das Tier getötet. Es zeigte keine pathologischen Veränderungen. Am 16. Tage war ein Agglutinationsversuch angestellt worden, der ein positives Resultat zeitigte.

Zusammenfassend habe ich mehrere Beiträge zu Hefepilzerkrankungen gegeben, an Hand derer nachgewiesen werden konnte, daß die Soormykosen nicht streng von den Blastomykosen und Oidiomykosen zu trennen sind, sondern, wie das auch häufiger in der Literatur anzutreffen ist, Übergangsformen sowohl klinisch wie in bezug auf Morphologie und Biologie der Erreger anzutreffen sind, die eine Differenzierung außerordentlich schwierig gestalten. Auch die Pathogenitätsfrage ist nur unter Hinzuziehung aller Hilfsmittel zu klären, da Hefen, die als Saprophyten auf der Haut und in der Umgebung zu finden sind, zum Teil auch tierpathogen sind.

Literatur

Baginsky, Über Soorkulturen. D. m. W., 1885. — Beatti, M., Ein Fall von Hefelokalisation in den Halslymphknoten (Blastomykose). Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 95, H. 1, S. 28. — Beurmann, Gougerot u. Vaucher, Oidiomycose gommeuse, ulcéreuse, disséminée usw. Rev. de méd., Dez. 1910, Bd. 30. — Beurmann, Gougerot u. Vaucher, Les exascoses usw. Separatabdruck aus Nouv. trait. de méd. et de thérap., 1910. — Buschke, Die Blastomykose. Arch. f. Derm., Bd. 68

Digitized by Google

u. 69. — BUSCHKE u. E. ROSENBAUM, Die Blastomykose mit besonderer Berücksichtigung der Hautaffektionen. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 13, H. 7, S. — BUSSE, Über Saccharomycosis hominis. Virch. Arch., 1896, Bd. 146. — BUSSE, Über pathogene Hefen. Ref. i. Lubarsch u. Ostertag, Erg. 1900, Wiesbaden, Bergmann. — BUSSE, Die Soorpilze. Handb. d. pathogen. Mikroorganismen von Kolle u. Wassermann, 1903, Bd. 1. — CAO, Oidien und Oidiomykosen. Zschr. f. Hyg., 1900, 34 Bände. — DARIER, Précis de dermat., 1923. — DELBANCO, Zur Blastomykose der Haut und zur Histologie der Gilchristschen Krankheit, einer vermeintlichen Blastomykose der Haut. Virch. Arch., 1923, Bd. 246. — DÖDERLEIN, Das Scheidensekret. 1892. — DUVAL u. LAEDERICH, Die pathologische Histologie der Blastomykose. Le bullet. méd., 1907, Nr. 63. — EFRON, Zur Kasuistik der Hautblastomykose. Venerol. u. Dermatol., 1924, H. 3. — ENGELHARDT, W., Ein Beitrag zur Ätiologie oberflächlicher Hautblastomykosen und Hautsoormykosen. Arch. f. Derm., Bd. 146, S. 313. — ENGELHARDT, W. u. W. BRACKERTZ, Allergie und Immunität bei Soorerkrankungen. Derm. W., 1926, H. 5. — GILCHRIST u. RIXFORD, A Case of Blastomycetic Dermatitis in Man. John Hopk. Hosp. Rep., 1896, Bd. 1, S. 209. — GILCHRIST u. RIXFORD, Two Cases of Protozoic (Coccidioidal) Infection of Skin and Other Organs. John Hopk. Hosp. Rep. 1896. — GRSCHEBIN u. MASCHKILLEISSON, Beiträge zur Lehre von der pathologischen Anatomie der Gilchristschen Hautblastomykose. Derm. W., 1926, Nr. 23/24. — GUGGENHEIM, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 142. — HERXHEIMER u. BÜRKMANN, Blastomycosis cutis. Arch. f. Derm., 1923, Bd. 142, H. 1. — HEUBNER, Über einen Fall von Soorallgemeininfektion. D. m. W., 1903, Nr. 33/34. — HYDE, A Report of Two Cases of Blastomycosis of the Skin in Man. J. of Cut. and Gen. Urin. Des., 1901. — IBRAHIM, Über eine Soormykose der Haut im frühen Säuglingsalter. Arch. f. Kinderkrkh., Bd. 15, H. 1/2, S. 91. — JAUBERT u. GOY, Compt. rend. Soc. Biol., Bd. 89, Nr. 25. — KLEMPERER, Über den Soorpilz. Diss., Berlin 1886. — KLEMPERER, Über die Natur des Soorpilzes. Zbl. f. klin. Med., 1885, Nr. 50. — KYRLE, Vorlesungen über Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen. 1925. — LANGERHANS, Ein Fall von Soor des Ösophagus mit eitriger Entzündung der Schleimhaut. Virch. Arch., 1887. — MÜLLER, E. F., Zbl. f. d. ges. exper. M., 1923, S. 135. — MÜLLER, E. F. u. MEYERS, E. W., Proc. of the soc. of exper. Biol. and Med., 1924. — MÜLLER, Über eine gemeinsame vegetative Steuerung von Haut und Lebergebiet. M. m. W., 1926, S. 71—74. — NEUBER, Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Gilchristchen Blastomykose. Arch. f. Derm., 1925, Bd. 149, H. 1. — NOISETTE, Recherches sur le champignon du muguet. Thèse de Paris, 1898. — PAWLOFF, Ein Fall von Hautblastomykose. Med. Zschr., 1908, Nr. 6. — PENDL, F. u. MATTERNA, A., Bruns Beitr., 1925, Bd. 134, H. 3. — PERKEL, Zur Frage der Blastomykosenkrankheit. Act. derm.-venereol., 1924, Bd. 2, H. 11. — PLAUT, Beitrag zur systematischen Stellung des Soorpilzes. Leipzig 1885. — PLAUT, Neuer Beitrag zur systematischen Stellung des Soorpilzes, Leipzig 1887. — PLAUT, Studien zur bakteriellen Diagnostik der Anginen. D. m. W., 1894, Nr. 49. — PLAUT, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 131. — RAMEL, E., Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose mit besonderer Berücksichtigung der Allergieerscheinungen. Arch. f. Derm., Bd. 25, S. 148. — SAMSON, Derm. W., 1923, Bd. 76, S. 22. — SREBRNY, Soor bei gesunden Erwachsenen. Arch. f. Laryng., 1904, Bd. 16, S. 36. — STEIN, Die Gilchristsche Krankheit und ihre Beziehungen zu den in Europa beobachteten Hefeinfektionen. Arch. f. Derm., 1914, Bd. 120. — STOOS, Zur Ätiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors. Ann. suisses des science méd., 1893. — VIRCHOW, Spezielle Pathologie und Therapie, Bd. 1, S. 358. — WAGNER, Zur Kenntnis des Soors des Ösophagus. Im Lehrbuch der Kinderhlk., 1868. — WECHSBERG, M. m. W., 1901, Nr. 18. — WIDAL, ABRAMI, JOLTRAIN, BRISSAUD u. WEILL, Serodiagnostic mycosique. Ann. de l'institut Pasteur, 1910, Nr. 1.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Kaiser-Franz-Joseph-Ambulatoriums und Jubiläumsspitals in Wien (Vorstand: Dozent Dr. A. Perutz)

Zur Frage der unspezifischen Behandlung der Syphilis

Vorläufige Mitteilung

Von

Alfred Perutz und Rudolf Rosner

Die Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung vornehmlich des Quecksilbers, Wismuts und des Decoctum Sarsaparillae zeigten, daß der Effekt dieser Heilmittel nicht durch direkte Beeinflussung der Erreger bedingt ist, sondern auf einen in seinen Details noch unbekannten Mechanismus zurückzuführen ist, als dessen sichtbarer Ausdruck die Veränderung des Cholesteringehaltes im Blutserum angenommen wird (Rothenberger-Nathan, Bresciani, Perutz und Lasch u. a.). Andererseits konnte gezeigt werden, daß durch allgemeine Höhensonnenbestrahlung (Hesse, Rasch, Douty, Ravauti, Basch und Lambling, Jacobi, Breiger, Bruck, Ritter, Licciardi) der Erfolg der üblichen antiluetischen Therapie bis zu einem gewissen Grade gesteigert werden kann. Nun besitzen wir im Vigantol ein Präparat, das nach Untersuchungen, die im Gange sind und demnächst ausführlich mitgeteilt werden sollen, einerseits imstande ist, den Cholesterinspiegel zu erhöhen, andererseits daß dieses Präparat in vielen Fällen (Rachitis usw.) dort therapeutisch mit Erfolg herangezogen wird, wo eine Höhensonnenbestrahlung bisher üblich war. Es lag daher der Gedanke nahe, Vigantol auch für die Behandlung der Lues zu verwenden. In einer ausführlichen Veröffentlichung werden wir auf die Grundlagen dieser Therapie noch zurückkommen. Wenn wir uns entschlossen haben, schon jetzt unsere Beobachtungen, die sich auf einen Zeitraum von fast einem halben Jahre erstrecken, mitzuteilen, so geschieht es, weil wir bei unserem bescheidenen Material nicht bald mit einer Serienreihe von Fällen kommen können und weil wir durch diese Mitteilung veranlassen möchten, daß unsere objektiven Ergebnisse, die aber, wie jeder therapeutische Bericht, nicht einer gewissen subjektiven Unterfärbung entbehren, von anderer Seite an einem größeren Material nachgeprüft werden sollen. Ohne uns unbedingt auf absolute Zahlen festlegen zu wollen, seien nachstehende Behandlungsergebnisse kurz mitgeteilt. Wir betonen nochmals, daß wir aus diesen kleinen Zahlen keine bindenden Schlüsse ziehen, aber immerhin feststellen müssen, daß unsere Befunde keine Zufallsergebnisse allein sein können.

Wir haben das Vigantol bei verschiedenen Formen der Syphilis gegeben. Die Dosierung war dreimal täglich 10 Tropfen der 1%igen öligen Lösung dieses Präparates (= 4 mg bestrahltes Ergosterin) oder in Dragéeform, und zwar erhielten alle jetzt zu besprechenden Patienten keinerlei andere antiluetische Behandlung. Jede Woche wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen, die an der serodiagnostischen Station

Digitized by Google

Prof. R. Müller ausgeführt wurde. Über die blutchemischen Analysen, die noch nicht vollständig abgeschlossen sind, soll anderen Ortes später berichtet werden. Im ganzen haben wir 11 Fälle von Lues mit Vigantol allein behandelt.

Zwei Fälle waren alte Luetiker mit negativer Seroreaktion; die Reaktion war auch nach der Therapie weiterhin negativ geblieben. Ein Fall betraf einen Patienten mit frischen sekundären Erscheinungen: Exanthem, Papeln an den Tonsillen, Papeln circa anum und am Skrotum. WR komplett positiv. Bei diesem Falle war nach 14 Tagen weder ein klinischer noch ein serologischer Erfolg wahrzunehmen, so daß wir zu der üblichen antiluetischen Behandlung schreiten mußten. Wesentlich andere Resultate boten vier Fälle, die spätluetische Affektionen aufwiesen. Zunächst der Fall einer Frau mit einem Gumma an der Zungenspitze (klinische Diagnose des Falles wurde auch an der Klinik Arzt erhoben). WR komplett positiv. Luetin-Busson, Luotest Müller-Brandt komplett positiv, Spirochätenbefund negativ. Die klinischen Erscheinungen schwanden innerhalb der zweiten Woche, so daß nach 18 Tagen die Patientin als klinisch geheilt zu bezeichnen war. Ganz auffallend war eine schon in der zweiten Woche auftretende Gewichtszunahme, die im weiteren Verlaufe der Behandlung bis zu $4^1/_2$ kg stieg. Allerdings wurden die Seroreaktionen nicht beeinflußt. Ein zweiter Fall betraf eine Patientin mit tuberoserpiginösen Syphiliden am Kinn und in der rechten Ellenbogenbeuge. Luotest komplett positiv. WR negativ. Nach ungefähr 3 Wochen waren die Erscheinungen noch nicht ganz geschwunden, aber wesentlich zurückgegangen; auf eine einzige Neosalvarsaneinspritzung (0,3 g) schwanden sie völlig. Ein dritter Fall war eine Frau mit einer Osteoperiostitis luetica und einem seit ungefähr 10 Jahren jeder Therapie trotzenden stationären Ulcus cruris. WR komplett positiv. Nach 14 Tagen Vigantol begann das Ulcus cruris lueticum, das, wie gesagt, keine wie immer geartete Heilungstendenz zeigte, mächtig zu granulieren; die nächtlichen Schmerzen verschwanden vollständig, und die Patientin, die ganz kachektisch war, nahm an Gewicht zu, fühlte sich subjektiv wesentlich wohler. Ein vierter Fall (ein tuberoserpiginöses Syphilid am rechten Oberschenkel) — Patientin wurde allerdings eine Zeitlang vorher erfolglos mit intrakutanen Luotestinjektionen behandelt — zeigte keine Veränderung ihrer klinischen und serologischen Befunde.

Von vier Patienten mit Lues latens und komplett positiven Seroreaktionen, zumeist ältere Luetiker, waren die Reaktionen nach 2—3-wöchiger Vigantolbehandlung bei drei Patienten auf Spuren zurückgegangen; ein Fall verhielt sich refraktär. Erwähnenswert ist in dieser Gruppe eine Frau, deren Mann an der Klinik Wagner-Jauregg an Paralyse gestorben war und die sich, ohne jemals von irgend einer Infektion gewußt zu haben, eine Blutuntersuchung machen ließ; die Seroreaktionen ergaben komplett positive Befunde. Eine hierauf vorgenommene antiluetische Behandlung (5,1 g Neosalvarsan, 20 ccm Bismogenol) hatte keine Veränderung der Serumbefunde zur Folge. 3 Monate nach der Kur Serum-Wassermann komplett positiv, nach dreiwöchiger Vigantolbehandlung Serum-Wassermann nur mehr in Spuren positiv; Gewichtszunahme über 3 kg. Übersichtlich ergibt sich folgende Tabelle:

Digitized by Google

Lues secundaria			Lues latens				Lues III		
			Serum-WR negativ unverändert	Serum-WR +++					
geheilt	gebessert	unverändert		beeinflußt	gebessert	unverändert	klinisch geheilt	gebessert	unverändert
—	—	1	2	3	—	1	1	2	1

Wenn wir trotz des kleinen Beobachtungsmaterials auf unsere Befunde verweisen, so geschieht dies vielleicht mehr aus theoretischen als aus praktischen Gründen. Vigantol allein kann selbstverständlich nicht als Antiluetikum herangezogen werden, und es liegt uns daher fern, dies zu behaupten. Wir wollten zeigen, daß das Vigantol wahrscheinlich einen ähnlichen Wirkungsmechanismus auszulösen imstande ist wie Quecksilber, Wismut oder Sarsaparilla, daß es Veränderungen im Organismus veranlaßt, die vielleicht mit der Antikörperproduktion im Zusammenhange stehen, als deren sichtbarer Ausdruck die Cholesterinämie auftritt, die nach GRIGAUT mit der Antikörperbildung in Zusammenhang gebracht wird. Andererseits können wir aus unseren Befunden und aus den Ergebnissen anderer Autoren schließen, daß das Vigantol eine roborierende Wirkung im weitesten Sinne entfaltet (Gewichtszunahmen in unseren Fällen). Bei therapeutisch leicht zu beeinflussenden Fällen von Syphilis konnte es einen deutlichen klinischen Effekt veranlassen; bei anderen Fällen bewirkte es, daß geringe Mengen später zu applizierender Antiluetika genügten, um eine symptomatische Heilung zu veranlassen. Vigantol dürfte auch in diesen Fällen ähnlich wirken wie die Höhensonnenbestrahlung. Es dürfte als „Antiluetikum" eine ähnliche Stellung einnehmen wie das Decoctum Zittmanni, das als „Roborans" seinen antiluetischen Effekt ausübt. Es kann während der üblichen Behandlung oder als Nachbehandlung bei älteren Fällen von Lues herangezogen werden; ganz besonders dürfte es sich eignen zur Behandlung kachektischer, schwächlicher Luetiker.

Versammlungen

Tagung der Dermatologischen Gesellschaft von Hamburg-Altona

Sitzung vom 26. Februar 1928

Vorsitzender: Mulzer Schriftführer: Bruck

Bruck: **Nachruf für Bontemps.**
Mulzer: **Nachruf für H. C. Plaut.**
Demonstrationen:

Mulzer: **Mycosis fungoides** (prämykotisches psoriasiformes, teilweise pemphigoides Exanthem am ganzen Körper mit bis tomatengroßen mykotischen Tumoren am behaarten Kopf). Entwicklung des Exanthems seit etwa $^3/_4$ Jahr, teils für Psoriasis, teils für Pemphigus gehalten. Das psoriatische Exanthem zeichnete sich durch Verwaschenheit der Effloreszenzen, unscharfe Begrenzungen der Herde und leichte flächenhafte Infiltrationen aus, ferner durch den bräunlich-rötlichen Farbton der Effloreszenzen.

Digitized by Google

An den seitlichen Rumpfpartien an Leucoderma psoriaticum erinnernde, leicht eingesunkene, weiße Fleckbildungen, umgeben von sepiafarbenen Hyperpigmentationen. Während des stationären Aufenthaltes entwickelten sich immer deutlicher flächenhafte Infiltrationen weiter Körperflächen, die histologisch das für prämykotisches Exanthem charakteristische Bild erkennen ließen. Erst in letzter Zeit Auftreten von unverkennbaren mykotischen Tumoren am behaarten Kopf, neuerdings auch am Stamm. Demonstration von mehreren Moulagen des Falles und der histologischen Bilder.

Aussprache. Bruck: Der Fall wurde von uns vor 5 Monaten bearbeitet und bot damals das Bild eines Pemphigus vulgaris mit blasigen Eruptionen auf der Mundschleimhaut. Heute ist an der Diagnose Mycosis fungoides nicht zu zweifeln.

Unna jun.: Fälle von psoriasisähnlichen Schuppenkrusten bei Mycosis fungoides wurden in der Unnaschen Klinik mehrfach beobachtet. Hinweis auf die periodischen Häufungen von Mycosis-fungoides-Fällen.

Philippson: Wenn auch das prämykotische Stadium mit einem nässenden Ekzem einzusetzen pflegt, so sind auch schuppende, trockene, psoriasisähnliche Plaques beschrieben worden. Die hier von Bruck gesehenen Pemphigusblasen dürften wohl kurz vor Ausbruch der schwammartigen Gebilde aufgetreten sein, als sich eine stärkere Exsudation geltend machte.

Klingmüller: Die Diagnose Pemphigus soll nur gestellt werden, wenn das klinisch typische Krankheitsbild vorliegt; nicht jede blasige Abhebung soll als Pemphigus bezeichnet werden.

Mulzer: Gegen Pemphigus sprach das Auftreten pemphigoider Eruptionen lediglich an Händen und Füßen, ferner der infiltrative Charakter der Hautveränderungen an Stamm und Extremitäten. Die Ähnlichkeit des Exanthems am Stamm und im Gesicht mit Psoriasis war allerdings sehr hochgradig.

Mulzer: **Mycosis fungoides.** Demonstration der Moulagen und histologischen Bilder eines vor Jahresfrist beobachteten Falles. Ekzematöses prämykotisches Exanthem mit typischen mykotischen Tumoren und nierenförmigen Ulzerationen.

Mulzer: **Mycosis fungoides d'emblée des behaarten Kopfes.** Demonstration der Moulagen und histologischen Präparate. Histologisch für Mycosis fungoides charakteristisches Infiltrat der Kutis.

Habermann und Berns: **Möller-Hunterssche Glossitis bei Anaemia perniciosa.** Seit einem Jahre subjektive Beschwerden bei einer 56jähr. Frau. Befund jetzt typisch. Bemerkenswert ist die ausgedehnte Mitbeteiligung des weichen Gaumens. Zur Zeit werden Versuche mit Hepatratbehandlung angestellt.

Aussprache: Hegler, Arning.

Habermann: **Abortiver Fall von Granulosis rubra nasi.** 25jähr. Mann, der die Erscheinungen erst seit 2 Jahren bemerkte. Hyperhidrosis, Zyanose und Bildung von senf- bis hanfkorngroßen Hydrozystomen.

Aussprache: Ritter erkennt die Diagnose an; er weist darauf hin, daß an seiner Klinik im letzten Jahre 3—4 Fälle der Erkrankung bei Patienten beobachtet wurden, die die Pubertät bereits weit überschritten hatten.

Habermann: Bei dem Pat. konnten keinerlei auf Tuberkulose verdächtigen Symptome festgestellt werden.

Habermann: **Sarcoid Boeck mit paronychieartiger Lokalisation an Fingern und Zehen.** Bei einem 41jähr. Mann bestehen seit 1917 Schwellungen der Nagelglieder mit blauroter Verfärbung und Verkümmerung der Nägel an verschiedenen Fingern und Zehen, daneben kutane und subkutane bis bohnengroße Knoten an den Streckseiten beider Oberarme. Exzision und Untersuchung eines derselben ergab typisches Bild. Röntgenbefund der Lungen und der Mittel- und Endphalangen charakteristisch. Der Fall bietet ein völliges Analogon zu der früheren Demonstration eines jungen Mädchens.

Habermann: **Casus pro diagnosi.** 25jähr. Mädchen, tuberkuloseverdächtige Familienanamnese. Seit 2 Jahren besteht im Gesicht ein fleckiger Ausschlag in Form von disseminierten, unscharf begrenzten, zum Teil gruppierten Knötchen an Nase, Stirn und Wangen sowie Oberlippe. Farbe bläulichrot. Bei Glasdruck kein Lupusinfiltrat. Wenig lockere Schuppung. Keine Schmerzhaftigkeit. Zum Teil Abheilung mit eingesunkenen kleinen Narben. Leichte Infiltration der Ohrläppchen. Histologisch: Mäßige Hyperkeratose, perifollikuläre Infiltration. In Betracht kommen Lupus erythematodes oder Rosazea.

Aussprache. Arning: Hinweis auf die Veränderungen am Ohrläppchen, die eventuell einer Vorstufe eines Lupus entsprechen können, es käme in Frage ein Lupus

Digitized by Google

miliaris. Tuberkulinprüfung unter Beachtung einer etwaigen fokalen Reaktion ist erforderlich.

Philippson hält den Fall für eine einfache Rosazea bei einer relativ jugendlichen Patientin.

Mulzer denkt ebenfalls am meisten an Rosazea.

Brann: Das jugendliche Alter der Pat. spricht nicht gegen die Diagnose Rosazea. An der Rostocker Haut-Poliklinik wurden eine Reihe von Rosazeaerkrankungen im Alter von 15—30 Jahren gesehen, bei denen Triebenstein neben der Rosazea im Gesicht auch eine Rosazeakeratitis feststellte.

Ritter erkennt ebenfalls die Diagnose Rosazea an.

Habermann: Sichere Anzeichen für Lupus sind weder klinisch noch histologisch vorhanden. Eine Tierimpfung soll noch vorgenommen werden.

Keining: **Lymphadenose der Haut bei lymphatischer Leukämie.** 61jähr. Pat. Entwicklung des Hautprozesses seit $1^1/_2$ Jahren. In den letzten 6 Wochen starke Zunahme. Am Nacken, Rücken, Gesäß, Abdomen und den Oberschenkeln, neuerdings auch an der Brust, linkem Ohr, Wange und Nase diffuse leukämische Infiltrationen der Haut unter dem Bilde einer diffusen infiltrierten exfoliativen Erythrodermie. Vielfach teigige Wulstbildungen. Histologisch charakteristisches Bild. Es wird die Wahrscheinlichkeit in Erwägung gezogen, daß sich in diesem Falle aus einer Lymphadenosis cutis circumscripta sukzessiv eine Lymphadenosis cutis generalisata entwickelt, da nur noch kleine Bezirke des Körpers von dem diffus infiltrierenden Prozeß verschont geblieben sind.

Aussprache: Hegler: Handelt es sich bei der Pat. um eine Leukämie?

Keining: Es liegt eine lymphatische Leukämie vor.

Arning fragt an, ob die Pat. Arsen bekommen hat, was Keining verneint.

Keining: **Multiple Basaliome der Haut.** 63jähr. Frau mit typischen Basalzellkarzinomen am Nasenrücken und hinter dem rechten Ohr. Über der rechten Mamma handtellergroßer, scharf umschriebener, an Ekzem erinnernder, nicht infiltrierter Herd. Über der ganzen Fläche des Herdes disseminierte stecknadelkopfgroße Körnelungen. Klinisch: Morbus-Bowen-ähnliche Dermatose. Histologisch: Follikuläres Basalzellenkarzinom in Form von multiplen epithelialen Knopfbildungen. Clumping-cells und Corps ronds fehlen. Unterhalb des Nabels serpiginös begrenzter, fast handtellergroßer Herd mit randständigen Wulstbildungen und zentraler flächenhafter, leicht infiltrierter Narbenbildung. Histologisch: Typisches Basalzellenkarzinom.

Rollin: **Elefantiasis und Pachydermie beider Beine nach chronisch rezidivierendem Erysipel.** Seit 25 Jahren bestehend; seit dieser Zeit mindestens 50 Erysipelschübe, letzter vor 3 Monaten. Filariabefund negativ. Pat. soll allgemeine Höhensonnenbestrahlungen bekommen, die nach neueren Feststellungen eine beträchtliche Rezidivfreiheit erzeugen und auch weitgehendes Abklingen der Elefantiasis bewirken.

Rollin: **Lues III am Penis und Skrotum; Kalzinose des linken Ohrläppchens nach Erfrierung.** Durch den luischen Prozeß ist die Pars pendula des Penis völlig zerstört. Kalzinose ist röntgenologisch sichergestellt.

Delbanco: **Casus pro diagnosi.** 65jähr. Rechtsanwalt, gemeinsam beobachtet mit Oberimpfarzt Paschen. Seit Ende Dezember 1927 regellos auftretende Knoten und Infiltrate von Kirschkern- bis Pflaumengröße, die vom Zehennagelrand der zweiten rechten Zehe ausgehen, auf Fußrücken und Unterschenkel, weniger auf Oberschenkel zerstreut sind und nicht miteinander in Verbindung stehen. Die Knoten sitzen mehr oder weniger tief, gehen sogar vom Periost aus; in der Tiefe sind Stränge fühlbar, als ob Venen oder diese begleitende Lymphstränge mitbeteiligt wären. Farbe violett bis gesättigt blau. Die Knoten sind kaum schmerzhaft, erweichen zum Teil; tiefe Inzisionen auf dem Fußrücken bringen dickflüssigen Eiter mit kleinsten gelblichen Beimischungen in Körnerform. Mikroskopisches Bild dieser noch nicht geklärt. Pilzeinschlüsse? Es besteht kein Fieber; WR negativ, ebenso Ponndorf. Pat. hat eine arteriosklerotische Schrumpfniere. Diagnose: Sporotrichose? Aktinomykose? Blastomykose? Das Bild erinnert klinisch am ehesten noch an Gummata oder Sporotrichose. Jodmedikation bislang ohne Erfolg. Auch erweichte Knoten saugen sich spontan auf.

Aussprache: Wichmann hält die Affektion für eine Trophoneurose mit sekundärer Infektion der Zehen und Lymphangitis.

Arning: Staphylokokken sind ausgeschlossen worden; die chronische langwierige Infiltration auf dem rechten Fußrücken ist verdächtig auf Erysipeloid, obwohl die Gelenkaffektionen fehlen. A. rät zu weiterer mykologischer Untersuchung, vor allem auf Sporotrichose; außerdem empfiehlt er Prüfung mit Erysipeloidserum.

Digitized by Google

Paschen rekapituliert kurz den klinischen Verlauf. Bakteriologische und serologische Untersuchungen sind bisher vollkommen negativ verlaufen. Die Affektion an der Vorderfläche der Unterschenkel erinnerte zunächst an ein Erythema nodosum.

Brinitzer hält die Einwände gegen die Diagnose Erysipeloid nicht für stichhaltig. Er beobachtete einen Fall von symmetrisch sitzendem Erysipeloid. Für diesen Fall kommt intensive Jodtinkturbehandlung in Frage.

Grütz: Die völlig negativ verlaufene Kultur legt den Gedenken nahe, daß es sich um eine Sporotrichose oder Tuberkulose handelt.

Mulzer: Der Fall weicht von früher von mir gesehenen Sporotrichosefällen ab. Kommt nicht eventuell ein Bazin in Frage?

Klingmüller: Der Fall ist aufzufassen als eine Infektion mit aufsteigender Lymphangitis, welche zu den knotigen und geschwürigen Prozessen an den Unterschenkeln führte. Die Diagnose kann schwanken zwischen Erysipeloid und irgend einer andersartigen Infektion. Tuberkulose und Sporotrichose sind wohl auszuschließen.

Delbanco lehnt energisch die Diagnose Erysipeloid ab, dessen Bearbeitung durch Callomon für das Handbuch ihm gut bekannt ist. Bei Erysipeloid finden sich niemals Erweichungen und sprunghaftes Wandern; auch war in diesem Falle die Infektionsquelle des menschlichen Schweinerotlaufes ausgeschaltet.

Delbanco: **Casus pro diagnosi.** 65jähr. Frau; seit einem Jahre besteht ein vom linken Augenwinkel ausgehendes, die ganze Wange überziehendes chronisches Ödem mit schneckenfüßenartigen Ausläufern. Gelegentlich platzt irgendwo die ödematös geschwollene Haut; dann Austreten von blutig-seröser Flüssigkeit. Histologische Untersuchung bislang nicht gestattet. WR negativ; Nasennebenhöhlen und Tränenkanal frei. Nie Fieber. Chronisches Erysipel auf sicher nicht streptokokkenhaltigem Boden?

Aussprache: Philippson: Für die Verdickung der linken Gesichtshälfte könnte man sehr wohl gehäufte Erysipelschübe verantwortlich machen, zumal der Prozeß vom inneren Augenwinkel ausging, wenn dem nicht die Aussage der Pat. entgegenstünde, die nie Gesichtsrose bemerkt haben will.

Klingmüller empfiehlt Probeexzision.

Delbanco: **Parapsoriasis** bei 19½jähr. Schlachter, seit 10 Jahren bestehend.

P. Unna jun.: **Parakeratosis variegata bzw. Parapsoriasis lichenoides.** 43jähr. kräftiger Mann, seit 3 Jahren vergeblich als Ekzem behandelt. Bunte, aus netzförmigen und streifenförmigen Flecken und Papeln bestehendes Exanthem des gesamten Körpers mit teils weißen runden stecknadelförmigen, teils unregelmäßig geformten gelbweißen lamellösen Schuppen besetzt. Frei sind nur Füße und Hände. Mikroskopisch: Lichenähnliches Infiltrat, aber völlig intakte Keimschicht. Geringe Parakeratose. Durch konzentrierte Schwefelsalben günstiger Heilerfolg.

Lilienstein: **Erythema perstans faciei.** 50jähr. Frau, seit September erkrankt. Beginn mit kleinen roten Herden, die allmählich in Schmetterlingsform symmetrisch das ganze Gesicht befallen haben. Hyperkeratose mit festsitzenden Schuppen, aber klinisch keine Schuppung. Der Schnelligkeit des Entstehens entspricht eine gewisse Flüchtigkeit der Erscheinungen. Interkurrentes Auftreten von Herden an den Unterarmen, die inzwischen fast restlos wieder verschwanden. Außerdem Plaques der Oberlippe und des behaarten Kopfes mit Atrophie und Haarverlust. Diagnose: Lupus erythemathodes mit schubweisen Exazerbationen. Der Eindruck des Bestehens eines akuten Ekzems berechtigt, den Fall zu der von Jadassohn abgetrennten Gruppe des Erythema perstans faciei zuzurechnen.

Lilienstein: **Bericht über den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Erythema annulare centrifugum.** Erfolgt in extenso.

Ritter: **Kerion der Perinealgegend mit superfizieller Trichophytie der rechten Kniekehle.** Wird in extenso beschrieben.

Ritter: **Kopfnarbe, angeblich nach Kerion Celsi.** 23jähr. Pat. mit Psoriasis capitis et corporis. Nach Entfernung der Borken auf dem Kopfe tritt eine tief eingesunkene rundliche Narbe von Handtellergröße zutage, die an eine Pseudopelade Brocq erinnert. Pat. hatte vor 10 Jahren nach Mitteilung des damals behandelnden Arztes ein Kerion auf dem Kopfe, das röntgenbestrahlt wurde (1 mm Al, 10 X).

Ritter: **Höhensonnenbestrahlte Vitiligo.** Reaktion inmitten der Vitiligo stärker wie an der normalen Haut. Nach Abklingen des Erythems follikuläre Pigmentation im Bereiche des pigmentfreien Bezirkes.

Digitized by Google

Karrenberg: **Sycosis parasitaria profunda.** 25jähr. Viehtreiber. Beginn in der Schnurrbartgegend, später Auftreten eines Herdes im Bereiche der rechten Backe. Erreger: Trichophyton gypseum granulosum.

Karrenberg: **Sycosis parasitaria profunda mit oberflächlicher und tiefer Körpertrichophytie sowie Herpes tonsurans.** Neben multiplen oberflächlichen und tiefen Körperherden Eczema marginatum mit tief infiltrierten Rändern. Aus allen Herden wurde Trichophyton gypseum granulosum gezüchtet. Hinweis auf die Häufung der Trichophytiefälle in letzter Zeit.

Karrenberg: **Acanthosis nigricans mit bemerkenswertem histologischem Befunde.** Veröffentlichung erfolgt in extenso im Archiv. Projektion von Mikrophotogrammen.

Karrenberg: **Sklerodaktylie nach abgeheilter generalisierter Sklerodermie.** 35jähr. Pat., liegt hier wegen progressiver Paralyse. Vor 11 Jahren lag Pat. hier wegen einer schweren generalisierten Sklerodermie, die mit Sandbädern, Solbädern, Massage, Schwitzen und Galvanisation behandelt wurde. Jetzt besteht nur noch an den Fingern eine Sklerodaktylie; Haut des übrigen Körpers vollkommen frei. Hinweis auf den glänzenden Therapieerfolg.

Aussprache. Arning: Ich kenne den Fall noch von der Zeit her, wo es sich bei ihm um eine universelle Sklerodermie handelte. Einzig die Haut der Areolae mammillarum war weich, die ganzen Mammae dagegen hart und starr. A. hat dies Verhalten der Haut der Areolae mammillarum in zwei weiteren Fällen (Mann und Frau) bestätigt gefunden und glaubt aus diesem Befunde schließen zu dürfen, daß in diesem Hautgebiete Elemente fehlen, welche für die sklerosierende Erkrankung nötig sind. Eine weitergehende Forschung nach dieser Richtung hin dürfte wohl Licht in das noch dunkle Krankheitssubstrat der Sklerodermie bringen.

Ritter empfiehlt vor allem Schwitzkuren.

Brann: In der Rostocker Hautklinik wurde eine relativ große Zahl von Sklerodermiefällen beobachtet. Therapie: Außer Fibrolysin- bzw. Thiosinamininjektionen Wechselbäder und Massage. Erwähnung eines Falles von ausgedehnter Sklerodermie, der sich im Laufe der Jahre wesentlich besserte.

Karrenberg: Erwähnung mehrerer Fälle von Sklerodermie und Akrodermatitis, die durch Schwitzen und Olobintininjektionen sehr gut beeinflußt wurden.

Karrenberg: **Casus pro diagnosi.** 53jähr. Frau, vor einem Jahre allgemeine Schwäche und Schwellung der Hände, ein paar Wochen später auch Schwellung des Gesichts und der Füße; teilweise Rückbildung der Erscheinungen. Cutis laxa des Rückens und Gesichts. An den Händen sind die tieferen Kutisschichten wachsartig versteift, eigentümlich hart, fast wie Knorpel. Muskelreflexe o. B., Sensibilität intakt. Unter klinischer Beobachtung und Behandlung leichte Besserung.

Aussprache: Karrenberg faßt auf Grund der Anamnese und des klinischen Verlaufes (Rückbildung ohne Atrophie oder Pigmentveränderungen) den Fall als zur Gruppe des Scleroedema adultorum Buschke auf.

Karrenberg: **Acrodermatitis atrophicans.** Lokalisation: Rechter Arm. Weitgehende Besserung durch die oben angeführten therapeutischen Maßnahmen.

Karrenberg: **Parapsoriasis en plaques.** 14jähr. Junge, der vor 3 Jahren mit einem Male sehr korpulent wurde; Ursache unbekannt. Beginn der jetzigen Erkrankung vor 5 Monaten mit kleinen Flecken auf der Brust, die sich vergrößerten, minimal juckten, sich zunächst am Stamm, später auch auf die Arme ausbreiteten. Bei der Aufnahme bestand ein in erster Linie auf Brust, Abdomen, Vorderseite der Oberschenkel und Lateralseite der Unterarme beschränktes Exanthem, das aus rundlichen bis ovalen, in den Spaltrichtungen der Haut angeordneten Herden sich zusammensetzte; die Herde waren von gelblicher bis rötlichgelber Farbe, schuppten minimal und juckten kaum. Bemerkenswerterweise fanden sich in den Herden, die im Bereiche der lateralen Thoraxseiten, vor allem der Axillargegenden saßen, purpuraartige Blutungen; zu diesen gesellten sich später nach Einleitung der Triphalbehandlung noch Blutungen außerhalb der Herde, die wohl als toxisch aufzufassen sind. Geringgradige Abweichung vom Sollwert des Grundumsatzes (— 4%). Hypophyse o. B. Hinweis darauf, daß nach der Triphalbehandlung das klinische Bild sich außerordentlich stark verändert hat.

Aussprache. Keining: Gemeint ist im vorliegenden Falle wohl Parapsoriasis en gouttes gleich Pityriasis lichenoides chronica. K. hat 120 Fälle dieser Erkrankung bearbeitet, von denen er 60 selbst gesehen hat. Nach seiner Erfahrung ist die einwandfreie Diagnose sehr schwer zu stellen. In dem demonstrierten Falle kann eine Diagnose

Digitized by Google

nicht gestellt werden. Hinweis darauf, daß es bei der Pityriasis lichenoides chronica zu Blutungen in den Effloreszenzen selbst kommt; Purpura außerhalb der Effloreszenzen gehört nicht zum Bilde dieser Erkrankung.

Arning hält Keining entgegen, daß z. B. in dem von Delbanco heute demonstrierten Falle die Diagnose doch wohl einwandfrei gestellt werden könne.

Philippson: Als der Fall zuerst aufkam, machte er den Eindruck einer akuten Infektion oder einer frischen Lues. Da aber weder Fieber vorhanden war, noch auch das Krankheitsbild sich wesentlich änderte, so mußte an eine chronische Erkrankung gedacht werden, für die nur Pityriasis lichenoides chronica in Frage kam. Ungewöhnlich ist das generelle Befallensein bei einem Knaben, der an einer Dystrophia adiposogenitalis leidet.

Habermann faßt die Möglichkeit eines Mischfalles zwischen Parapsoriasis en plaques und en gouttes ins Auge und ist geneigt, die Purpura der gesunden Haut als toxischen Effekt der Goldbehandlung aufzufassen.

Karrenberg weist Keining gegenüber darauf hin, daß, wie schon in der Demonstration betont, das ursprüngliche klinische Bild anders war wie zur Zeit nach der Goldbehandlung. Es bestanden damals zweifellos Blutungen in die Effloreszenzen selbst.

Karrenberg: **Lupus vulgaris,** bei 25jähr. Mann, seit einem Jahre bestehend.

Karrenberg: **Chronisches Ekzem der Inguinalgegend. Beginnender Fox-Fordyce?** 56jähr. Pat. mit abgeklungener Hg-Dermatitis. Bereits vor dem Auftreten der Dermatitis bestand in beiden Inguinalgegenden eine deutliche Knötchenbildung auf unveränderter Haut nach Art eines Fox-Fordyce im Bereiche der Achselhöhle. In letzter Zeit zunehmendes Jucken. Nach Abklingen der generalisierten Dermatitis Ekzematisation der Haut in den Inguines.

Aussprache: Delbanco möchte im vorliegenden Falle an chronische Veränderungen der Haut mit Bevorzugung der Follikel denken.

Mulzer hält den Fall für eine Neurodermitis circumscripta.

Karrenberg betont den eigenartigen Beginn der Affektion: reine Knötchenbildung inmitten unveränderter Haut ohne Jucken.

Karrenberg: **Leukokeratosisähnliche Erscheinungen am harten Gaumen bei einem Patienten mit Psoriasis.** Wird in extenso publiziert.

Aussprache: Grütz betont, daß sich derartige Erscheinungen bei starken Rauchern finden können.

Karrenberg: **Lichen ruber annularis.** 61jähr. Pat. Nach mehreren Injektionen von glukonsaurem Kalzium bedeutende Abflachung der Effloreszenzen an Armen und Beinen.

Aussprache: Taitza, der den Pat. vorher behandelte, bestätigt die Rückbildung der Läsionen.

Karrenberg: **Bericht über den auf der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Lymphadenosis? Mycosis fungoides?** Pat. bekam 2 Tage vor seinem Exitus eine plötzliche Aussaat multipler, knotiger Effloreszenzen von lividebläulicher Farbe über den ganzen Körper. Sektionsdiagnose: Lymphogranulomatose. In den jüngsten Hauteffloreszenzen Sternberg-Zellen nachweisbar.

Karrenberg: **Bäckerekzem mit Übergang in Neurodermie.**

Karrenberg: **Allergische Allgemeinerkrankung.** 6jähr. Junge, seit der Geburt generalisiertes Ekzem; seit einigen Jahren Asthma. Ist die Haut gesund, treten Asthmaanfälle auf, die nach Neuerscheinen des Hautleidens aussetzen.

Möller: **Pemphigus vulgaris.** 69jähr. Pat., seit 3 Monaten Pemphigus der Haut und Mundschleimhaut.

Möller: **Casus pro diagnosi (essentielle Keratosen?).** 50jähr. Frau; seit dem 20. Lebensjahre Pigmentationen beider Areolae mammarum, die nach dem ersten Partus mit 22 Jahren sich bedeutend verstärkten. Seit dieser Zeit unverändertes Bestehen. Im Bereiche beider Areolae hyperkeratotische, dunkelbraun pigmentierte Auflagerungen, die sich leicht entfernen lassen.

Haack: **Tuberculosis verrucosa cutis plus Lupus.** 22jähr. Verkäuferin. Tuberkulose der Lungen und des Larynx. Am rechten Daumen verruköse Hauttuberkulose, am rechten Oberschenkel Lupusherd.

Haack: **Epidermophytie beim Seborrhoiker.**

Buchbinder: **Erythema induratum Bazin mit tuberkulösen Ulzera.** 58jähr. Pat.; seit 3 Jahren schmerzhafte Knoten in beiden Wadengegenden. Seit 3 Monaten Aufbrechen der Knoten, Bildung von tuberkulösen Ulzera.

Digitized by Google

Buchbinder: **Erythema induratum Bazin.** 28jähr. Patientin mit Lungentuberkulose.

Buchbinder: **Casus pro diagnosi. Erythema annulare centrifugum? Urtikaria, bedingt durch ovarielle Störungen?** 48jähr. Patientin. 1920 Gallensteinoperation, 1923 Operation wegen Basedows, 1926 Operation wegen Myomen, 1926 Varizenoperation. Seit 2 Jahren sehr nervös, Herzklopfen. Seit November 1927 dunkelblaue Flecke an der Außenseite beider Oberschenkel zu den Glutäen hin. Körper im übrigen frei mit Ausnahme des rechten Daumenballens. Zentrum der Herde eigenartig verhärtet, gelblich. Histologisch: Ödem der Epidermis und des Papillarkörpers. Perivaskuläre, aus Lymphozyten bestehende Infiltrate in der Kutis, wenig Leukozyten und Mastzellen, keine Plasmazellen.

Aussprache: Habermann stellt mit Rücksicht auf die Blässe und Verhärtung der zentralen Partien der Herde die Diagnose Sclerodermia circumscripta.

Delbanco: Im vorliegenden Falle kann man an einen Folgezustand der entzündlichen Fettgewebsatrophie denken, wie sie vor vielen Jahren aus der Pickschen Klinik in Prag beschrieben wurde. Was den vorher vorgestellten Fall von Erythema induratum angeht, so möchte ich trotz negativer WR an eine Spätvenenlues denken im Hinblick darauf, daß die Frau fünf Fehlgeburten und eine Totgeburt gehabt hat.

Lilienstein.

Ritter: Die Flecke sind unter Kaltherapie zurückgegangen; das spricht gegen die Diagnose Sklerodermie, an die wir auch gedacht haben.

Vortrag: Pockels: **Über eine Epidemie von Pemphigoid der Neugeborenen und Dermatitis Ritter.** Veröffentlichung erfolgt in extenso.

Aussprache. Mulzer: Ich halte das Vorkommen von 7 Dermatitis-Ritter-Fällen im Rahmen einer Epidemie von Pemphigoid der Neugeborenen für besonders beweisend für die ätiologischen Zusammenhänge. Hierfür sprechen auch die bakteriologischen Ergebnisse des Vortragenden.

Philippson: Ich empfehle als Behandlung Umschläge mit 5—10%iger Tanninlösung plus ¼% Salizylsäure als Zusatz zur Verhinderung der Schimmelbildung, eine Therapie, die sich bei der Impetigo contagiosa Erwachsener sehr gut bewährt hat.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archiv für Dermatologie und Syphilis

1928, Bd. 154, H. 3

Die Protease der pathogenen Hautpilze, von A. v. Mallinckrodt-Haupt, Daun (Eifel). S. 493—508. Die pathogenen Hautpilze greifen gewisse genuine Eiweißkörper nur schwer an, leichter dagegen denaturiertes Eiweiß, Gelatine, Kasein, Eieralbumin und Pepton. Sie sind befähigt, Aminosäuren und Ammoniumsalze zu zerlegen und ihren Stickstoffbedarf aus den geringfügigen Verunreinigungen der Luft zu decken. Die Pilze bilden eine Protease, die sich sowohl im verflüssigten Nährboden als im Pilzrasen nachweisen läßt. Von den in ihr vorhandenen Fermenten wurde das Trypsin der Pilze eingehend untersucht. Die optimale Wasserstoffionenkonzentration ließ sich nicht mit Sicherheit feststellen, da wahrscheinlich ein Fermentgemisch vorliegt. Das Optimum für das ungereinigte Ferment scheint für Kasein bei p_H 7,0, für Gelatine bei p_H 8,9 zu liegen. Für die reine Trypsinwirkung ein Optimum festzustellen, wird erst möglich sein, wenn es gelingt, das Erepsin, das durch weiteren Abbau der Spaltprodukte das Optimum für die Gesamtwirkung verschiebt, sicher auszuschalten. Dagegen lassen sich bereits die Fermentstärken verschiedener Pilzstämme oder eines einzelnen unter verschiedenen Bedingungen exakt vergleichen.

Digitized by Google

Über die sogenannten Grenzstrahlen, von E. Uhlmann, Univ.-Hautkl. Frankfurt a. M. S. 509—518. Hervorgehoben wird, daß bei den Grenzstrahlen die Bestimmung der Erythemdose ungenau und unzureichend ist und daß ferner von einer absoluten Ungefährlichkeit derselben keine Rede sein kann, wie an einem Experiment beim Kaninchen nachgewiesen wird. Bei Pilzerkrankungen, Ekzemen und Neurodermitis entsprachen die Erfolge der üblichen Röntgenbehandlung. Auffällig gut war die Beeinflussung der Psoriasis. Vorteilhaft ist der geringe Preis der Apparatur, die leichte Bedienung und die Möglichkeit, ohne Scheu vor Epilationen Bestrahlungen an behaarten Körperteilen vornehmen zu können.

Experimentelle Beiträge zur Frage der hämatogenen Dermatomykosen, von Smolka, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 519—531. Bei Meerschweinchen, die mit Achorion Quinkeanum hämatogen geimpft waren, gelang die Erzeugung von Hautherden durch Reizung und Stauung bis zu 24 Stunden nach der Injektion, blieb aber dann aus. Wurde Reizung und Stauung vor der Injektion ausgeführt, so waren die Resultate positiv, wenn die Einspritzung ½—1 Stunde nach der Hautschädigung vorgenommen wurde, negativ aber bei einem Intervall von 5 Stunden. Verimpfungen von Herzblut bewirkten nur innerhalb der ersten 12 Stunden eine Entwicklung auf Nährböden. In Hautstücken, die den geschädigten Hautstellen entnommen waren, gelang der kulturelle Nachweis der Pilze 1 Stunde nach der Injektion regelmäßig, später nur selten. Reinfektion derjenigen infizierten Tiere, bei denen Hautveränderungen aufgetreten waren, gelang nie, während Tiere, welche keine Hautherde aufgewiesen hatten, auf eine zweite hämatogene Infektion mit Hautherden reagierten, also nicht immun waren.

Klinischer und experimenteller Beitrag zur Fischidiosynkrasie und ihrer Heilung durch Desensibilisierung; von O. Grütz, Univ.-Hautkl. Kiel. S. 532—549. Die Beobachtungen an einer Kranken, die eine hochgradige Fischempfindlichkeit besitzt, ergeben zunächst eine deutliche allergische Reaktion auf kutane Applikation von wässerigem Fischextrakt. Die epidermidale Anwendung ergab eine lokale Reaktion an Stelle der Applikation, während eine Injektion subkutan zu einem schweren anaphylaktischen Chok führte. Da hierdurch eine merkliche Abschwächung der Fischüberempfindlichkeit zu bemerken war, so wurde der Versuch einer methodischen Desensibilisierung unternommen. Es wurden zwei Körper hergestellt, und zwar durch Ausfällen eines Fischkochextraktes mit Alkohol: einerseits ein käsiger Eiweißniederschlag, der hauptsächlich die Fischproteine enthält, und andererseits ein alkohollösliches Spaltprodukt. Impfversuche zeigten eindeutig, daß die Pat. auf beide Produkte positiv reagierte: also nicht bloß auf Proteine, sondern auch auf dialysable proteinfreie Spaltprodukte. Die Art des irritierten Gewebes war ohne Einfluß, denn von der Epidermis wie von der Kutis aus, sogar auch nach oraler Applikation wurden die gleichen allergischen Erscheinungen mit geringen Unterschieden ausgelöst. Durch methodische, erst intra- und subkutane, später auch oral durchgeführte Desensibilisierung lernte die Pat. normale Portionen von verschiedenen Fischsorten vertragen. Bemerkenswerterweise gelang die Desensibilisierung gegen Dorsch, Hering, Goldbutt, Schellfisch, Hecht, während die Verträglichkeit gegen Plötz, Karpfen und Schleie schlecht blieb. Bei Allergenkrankheiten ist demnach in der Desensibilisierung die kausale Therapie zu erblicken.

Zur passiven Übertragung der Überempfindlichkeit und zur Desensibilisierung allergischer Hauterkrankungen, von E. Urbach, Hautabt. d. israel. Spitals in Wien. S. 550—554. I. Besprechung technischer Fragen bei Übertragung der Überempfindlichkeit durch perkutane, kutane oder intrakutane Einbringung von Blutserum oder von dem Inhalte künstlicher oder spontaner Blasen. Als gelungene Übertragung eines allergischen Hautprozesses wird nicht bloß eine morphologische Veränderung, sondern bereits der lokale Juckreiz ohne jede Irritation der Haut betrachtet. Zu therapeutischen wie diagnostischen Zwecken wurde bisher die Intradermomethode angewandt, demgegenüber wird eine spezifische Desensibilisierung auf perkutanem Wege bei einem allergischen Ekzem mitgeteilt.

Zur Atropinüberempfindlichkeit. I. Mitteilung: Immunbiologisches mit Bemerkungen über die bei der Übertragung der Überempfindlichkeit auftretenden Reaktionsphänomene, von H. Biberstein, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 555—573. Drei Pat., die nach Einträuflung von Atropinlösung wegen Augenerkrankungen Dermatitis bekamen, waren der Ausgangspunkt für folgende Beobachtungen. Die durch Übertragung des Serums auf Versuchspersonen erzeugte Überempfindlichkeit: mit

Digitized by Google

dem Serum von 2 Pat. gelang die Übertragung stets, mit dem des anderen nicht bei allen Personen; immer gelang die Auslösung der Dermatitis mit Atropin. Bemerkenswert waren Reaktionen, die an mit Normal- oder mit Idiosynkrasikerserum voriniizierten Stellen beobachtet wurden. In einem Falle fielen sie mit dem auf der Höhe des Exanthems gewonnenen Blutserum negativ aus, mit einem etwa ein Vierteljahr später entnommenen positiv. Demgegenüber hatte die Übertragung, die in der Zwischenzeit, 7 Wochen nach Ausbruch des Exanthems, ausgeführt wurde, an den mit Normalserum beschickten Stellen stärkere Reaktionen als an den mit Idiosynkrasikerserum vorgespritzten ergeben. Zur selben Zeit bewirkte Blasenserum von Idiosynkrasikerhaut eine länger dauernde Reaktion als Blasenserum aus einer Normalhaut. Das Blutserum eines Falles mit Atropindermatitis reizte eine idiosynkrasische Person in gleicher Weise wie Atropin allein. Nach 24stündiger Digestion des Serums der dritten Blutentnahme löste diese Mischung bei einem Normalen intradermal schwächere Reaktionen aus als die ebenso digerierte Mischung mit Normalserum. Mitgeteilt wird ferner die gelungene Übertragung einer Überempfindlichkeit gegen Hg-Oxyzyanat, Jodkali und Salvarsan. Bei dieser und bei einer Aspergillusüberempfindlichkeit werden Momente beobachtet, die den Ausfall der Reaktion beeinflussen können. Als Kriterium derselben ist Erythem ebenso wie die Quaddel zu bewerten.

Zur Atropinüberempfindlichkeit. II. Mitteilung: Besteht ein Zusammenhang zwischen den pharmakologischen Eigenschaften des Atropins und der Reizwirkung beim Hautüberempfindlichen?, von R. Mayer, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 574—580. Beim Normalen erfolgt auf die Injektion von 0,1% Atropin sofort eine Quaddel, die sich in kurzer Zeit ohne Folgen wieder zurückbildet, beim Idiosynkrasiker dagegen schließt sich an die gewöhnliche Quaddel eine nach 6—8 Stunden eintretende Spätreaktion an in Gestalt eines Erythems bis zu einer tieferen Entzündung. Diese Eigenschaft besitzen auch Morphin, Kokain, alle übrigen Alkaloide, Jod, Quecksilber u. a.; im Gegensatz zu diesen Körpern liegen beim Atropin günstigere Verhältnisse insofern vor, als die pharmakologische Wirkungsweise desselben besonders gut bekannt ist. Die Untersuchung ergibt, daß die verschiedenen chemischen Eigenschaften, welche dem Atropin seine einzelnen Kennzeichen verleihen, für die Auslösung der Überempfindlichkeit nicht verantwortlich sind. Vielmehr ist die Ursache der Reaktion noch völlig unbekannt.

Beiträge zur Kenntnis des Erythema migrans (Lipschütz), Erythème papulocirciné migrateur et chronique (Darier), von W. Freudenthal, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 581—594. Von den mitgeteilten Fällen sitzt der erste in der Leistenbeuge, der zweite in der Achselhöhle. Beide stimmen insofern überein, als die roten Kreise und Gyri Pityriasis roseaähnliche Schuppensäume besitzen, immer an den gleichen Körperstellen rezidivieren und dieselbe fixe Form aufweisen. Ein dritter Fall zeigt größere Ausbreitung am Körper und eine Kombination mit Akrodermatitis atrophicans. Die zackenartige Anordnung scheint auf dieser Kombination zu beruhen. Der vierte Patient zeigt die Lipschützsche Form: Beginn mit einem primären Ringe, an den sich in unmittelbarer Nachbarschaft die Rezidive anschließen. Fall 5 und 6 zeigen anfangs den Lipschützschen Typ, bei weiterer Entwicklung aber die Dariersche Form: Erythema-multiforme-ähnliche Papeln, die durch Konfluenz große Plaques bilden können. In drei anderen Fällen war das Gesicht befallen, in den etwas derberen Effloreszenzen histologisch starkes Lymphozyteninfiltrat, mäßige Lymphozytose auch im Blut. Die Ätiologie ist vorläufig völlig unklar und wirklich charakteristische, klinische und histologische Veränderungen fehlen.

Zur Frage der Cutis verticis gyrata (Jadassohn-Unna), von H. E. Naumann, Univ.-Hautkl. Hamburg. S. 595—604. Die Entwicklung der Kopfhautaffektion war kombiniert mit einer ähnlichen Veränderung an den Händen. Die histologische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens von der Stirn ergab ein Ödem des Bindegewebes. Als Ursache des Leidens wird Akromegalie angesprochen (A. sub forma C. v. g.).

Über eine wenig beachtete Form der inguinalen Epidermophytie: „Type érythrasmoide" des Eczema marginatum, von C. L. Karrenberg, Hautkl. Hamburg-St. Georg. S. 605—610. Beobachtungen, welche beweisen, daß Veränderungen, die klinisch den Eindruck des Erythrasma hervorrufen, durch das Epidermophyton inguinale bedingt sein können.

Zur Frage der Jadassohnschen Anetodermia erythematosa (Atrophia cutis maculosa idiopathica) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Histologie, von

Digitized by Google

E. Benjamowitsch u. L. N. Maschkilleisson, Venerol. Inst. Moskau. S. 611—620. 2 Fälle. Bei der Untersuchung der Primärflecke fand sich ein sehr unbedeutendes lymphozytäres Infiltrat ohne jede Gefäßveränderung, so daß angenommen wird, die Entzündung spiele bei der Entwicklung der Anatodermie keine primäre Rolle. Weiterhin findet sich bei den fortgeschritteneren Herden, daß die Veränderungen nicht bloß das elastische, sondern in gleichem Maße auch das kollagene Gewebe betreffen. Beide Bindegewebsprozesse gehen unabhängig voneinander vor sich und nur im Endstadium der Erkrankung durchtränkt sich das narbenartige Bindegewebe, das an Stelle des degenerativ basophilen Kollagens getreten ist, mit dem veränderten Elastin (Kollastin). Die Degeneration des kollagenen Gewebes ist durch das Vorhandensein von basophilen, nicht homogenen, aus einzelnen gut unterscheidbaren Fragmenten bestehenden Feldern charakterisiert, welche keine der für elastisches Gewebe spezifischen Färbungen annehmen. Das für die Anetodermie im Endstadium charakteristische Vorhandensein von Fett in den verschiedenen Schichten des Derma konnte in einem der Fälle schon an jüngeren Elementen festgestellt werden.

Das Verhalten der weißen Blutzellen bei verschiedenen Dermatosen, von D. Steiger-Kasal, Univ.-Hautkl. Budapest. S. 621—633. Bei einer Reihe von Krankheiten, wie Leukämie und Pseudoleukämie der Haut, Pemphigus, Dermatitis herpetif. und Mycosis fung. wird die Diagnose durch das Blutbild oft unterstützt und in fraglichen Fällen entschieden. Es gibt aber noch viele andere Hautkrankheiten, bei denen Änderungen im Blutbilde vorkommen. Die Beobachtungen an Psoriasis, Ekzem, Dermatitis, Lup. erythem., E. Bazin, E. multif., Lichen r. pl., Purpura, Prurigo, Herpes z. ergaben, daß eine Eosinophilie weder Regelmäßigkeit noch Bedingtsein erkennen läßt. Demnach ist ihr Nachweis kein spezifisches Symptom für irgend eine Hautkrankheit. Ähnliches gilt für die weißen Blutzellen. Bei derselben Hautkrankheit können Blutzellveränderungen stabil bleiben, sich ändern oder ganz verschwinden.

Über einen Fall von Lepra mit rein sensiblen Symptomen, von Y. Ihara, Mediz. Univ.-Kl. Sendai. S. 634—693. Die Sensibilitätsstörungen befinden sich beiderseits symmetrisch an den oberen Extremitäten. Es fehlen Flecke und sonstige lepröse Hautsymptome. Am linken Oberarme ein Tumor, der aus altem Narbengewebe mit chronischen Entzündungsresten besteht. Bemerkenswert ist der Befund von Bazillen im Nasensekret und im strömenden Blute.

Über Thallium-aceticum-Epilation bzw. ihre Kombination mit Röntgenstrahlen bei Haarpilzerkrankungen, von H. Kleinmann, Dispensair f. Haut- und Geschlkr. Balta, Moldau-Repl., Ukraine. S. 640—652. Bei einem 3jähr. Kinde tritt im Anschluß an die Behandlung eine eitrige Dermatitis der gesamten Kopfhaut ein. Bei einem anderen Kinde folgt eine schwere Enteritis mit Myasthenie und allgemeiner Adynamie, die mit schwersten Lähmungserscheinungen einhergeht. Die anfangs subnormale Temperatur gleicht sich bald aus, etwa 1 Monat beschleunigte Herzaktion, über 2 Monate Erytheme an den verschiedensten Körperstellen und nach 9 Monaten als Residuen schwere motorische Gehstörungen und Sehschwäche. Für die Thalliumvergiftung scheinen besonders schwächliche Kinder mit Untergewicht disponiert zu sein. Die Kombinationsmethode aus ½ Thallium- und ½ Röntgendosis setzt die Gefahr der schweren Nebenwirkungen herab, aber anscheinend auch die therapeutische Wirksamkeit, denn von 12 behandelten Patienten hatten nur vier einen guten Epilationserfolg. Um die toxischen Nebenwirkungen auszuschalten, ist es vor allem notwendig, nur ganz frische Präparate zu verwenden, weil das Alter derselben eine wesentliche Rolle spielt. Daher sollten die zu Epilationszwecken hergestellten Präparate auch die Angabe der Herstellungszeit tragen.

Histologische Studien über die Fox-Fordycesche Erkrankung, von P. W. Schmidt, Univ.-Hautkl. Münster. S. 655—667. In einem Falle von F.-F.-Erkrankung der Brustdrüse wurden in dem Teile der Drüse, der dem Anfangsstück des Ausführungsganges entspricht, kugelige Gebilde gefunden, die wahrscheinlich in Kolloid umgewandelte Drüsenprodukte sind und damit auf eine Dysfunktion dieses Drüsenabschnittes hindeuten. Beim Abgang des sog. Mittelstückes vom Drüsenknäuel wurden polsterartige, meist einseitige Epithelwucherungen festgestellt und in der Nachbarschaft scharf begrenzte, meist einseitige Infiltrate. An der Drüsenmündung fand sich außer den erwähnten Veränderungen noch Bläschenbildung. Diese ekzemähnlichen Veränderungen erklären den quälenden Juckreiz der Dermatose. Hiernach handelt es sich bei der Entstehung der Krankheit um primäre Schädigungen

Digitized by Google

vielleicht am Anfang des Drüsenausführungsganges; sie ist nach Verf. keine Neurodermitis, sondern eher eine Ausscheidungsdermatose.

Gleichzeitige Infektion mit drei verschiedenen Trichophytonarten. (Ein Beitrag zur Kasuistik der seltenen Dermatomykosen), von C. L. Karrenberg, Hautkl. Hamburg, St. Georg. S. 668—678. Bei einem 8jähr. Schulmädchen fanden sich Herde am Kopf und an der Hand. Die hiervon angelegten Kulturen ergaben, daß es sich um Angehörige von drei verschiedenen Pilzgruppen handelte: Trichophyton faviforme album (Tr. ectothrix mit großen Sporen), Tr. cerebriforme (Tr. Neoendothrix, Übergangsformen zwischen humanem und tierischem Typ) und Tr. niveum denticulatum (Tr. ectothrix mit kleinen Sporen). Es fanden sich sogar in demselben Herde auch mehrere Arten von Pilzen.

Der Einfluß der Hochfrequenzströme (d'Arsonval-Ströme) auf die Haut, von I. I. Schimanko u. L. S. Berman, Hauttbc.-Inst. Moskau. S. 679—689. Bei der Hochfrequenz ist die Funkenentladung der wirksame Faktor. In ihrer Wirkungsweise sind zwei Momente zu unterscheiden. Einmal eine mechanische, traumatische Einwirkung und zweitens eine Veränderung der Reaktionsfähigkeit der Haut, die einer Sensibilisierung entspricht. Die eine kommt mehr bei der bipolaren, die andere bei der unipolaren Methode zur Geltung. Der doppelte Wirkungseffekt der Ströme gibt die Erklärung für den therapeutischen Einfluß im Sinne einer Besserung der Blutzufuhr, einer verstärkten Rückbildung pathologischer Produkte, einer lebhafteren Granulationsbildung und ähnliches mehr. Die Sensibilisierung ermöglicht u. U. die Entwicklung von Hautausschlägen. Infolgedessen ist bei besonderer Überempfindlichkeit der Haut die Anwendung des Stromes ohne Funken geeigneter.

Zur physikalischen Chemie der Hautoberfläche, von H. Schade und A. Marchionini, Physiko-chem. Abt. u. Med. Kl. Kiel. S. 690—716. Für die physiko-chemischen Vorgänge an der Hautoberfläche spielt die Wasserverdunstung eine wichtige Rolle. Denn sie bringt für die verdunstenden Lösungen Änderungen der Konzentration der gelösten Stoffe mit sich. Deshalb schwankt die Konzentration des Schweißes von niedrigen bis zu den höchsten Werten. Durch die gleichzeitige Sekretion der Talgdrüsen entsteht eine Mischung von wässerigen und öligen Flüssigkeitsmengen, deren Zusammenhalt durch zahlreiche Momente begünstigt wird. Von diesem Mischungsverhältnis hängt die Imprägnation der kolloidalen Hornschichten (Keratine) wesentlich ab. Die Wasserverdunstung der Haut bindet Wärme, hat also vitale Beziehungen zu der Temperaturregulierung des menschlichen Körpers. Ferner steht sie in enger Verbindung mit der Hornschichtquellung und wirkt dadurch bestimmend auf Elastizität, Härte und Transparenz der Haut ein. Die Messung des Säuregrades der normalen Hautoberflächenflüssigkeit und deren Änderungen unter dem Einfluß des Verdunstungsprozesses wurde in dreifacher Art durchgeführt, und zwar 1. als Gaskettenmessung mit der Wasserstoffelektrode auf der Hautoberfläche. Als Apparatur wurden Glockenelektroden benutzt. Durch Einbauen einer Lupe können hierbei die Vorgänge auf der Haut genau verfolgt werden. Eine andere Methode ist 2. die Gaskettenmessung mit der Chinhydronelektrode und 3. die Messung mit Indikatorenmethoden. Aber mit beiden Methoden ist es nicht möglich, die Höhe der Hautsäuerung bis zu jener Grenze festzustellen, wie es die Gaskettenmessung mit der wasserstoffgefüllten Platinelektrode gestattet. Der Säuerungsgrad der normalen Hautoberfläche ist örtlich sehr verschieden. Die Haut ist vergleichbar einem dicht gefügten Mosaik von verschiedenen pH-Werten. Wenn schon dicht nebeneinander liegende Hautorte Unterschiede aufweisen, so ist derselbe regionär noch größer. Untersuchungen der Vorgänge beim schwitzenden Menschen ergeben, daß der Verdunstungsprozeß weitgehend über die Art der Hautoberflächenreaktion entscheidet. Bei rascher Verdunstung wird die Hornschicht stark mit den Säurerückständen imprägniert und der Körper ist gewissermaßen wie mit einem Säuremantel bedeckt. Wird die Verdunstung behindert, so bleibt die Oberhautflüssigkeit lange auf einem niedrigen Säuregehalt stehen, verfällt der Bakterienzersetzung und ihre Reaktion wird jetzt alkalisch. Diese aber bringt die Keratine zum Quellen und gibt so den Bakterien Gelegenheit zum Eindringen. Der Säuremantel dient dem allgemeinen Abwehrschutz der Haut gegenüber den Mikroorganismen der Umwelt. Schon pH-Werte von 5,0—3,0 verhindern das Wachstumsvermögen der Keime. Demgemäß werden Hautstellen mit stärkerer und häufigerer Schweißbildung besonders bei gehinderter Verdunstung eine regionäre Disposition zur Entwicklung von Hautkrankheiten bedingen.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Tuberkulose

L'intradermo-réaction au filtrat inactivé d'émulsion bacillaire chez les cobayes inoculés avec du filtrat tuberculeux (Die Kutireaktion mit inaktiviertem Filtrat von Bazillenemulsion bei mit Tuberkelbazillen-Filtrat geimpften Meerschweinchen). von M. Popper und C. Raileanu. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 1073 bis 1074.) Wurde bei Meerschweinchen eine aktive Infektion mit filtrierbarem tuberkulösem Virus erzeugt, so konnte diese wesentlich früher als durch Tuberkulin durch ein Filtrat einer Emulsion von Tuberkelbazillen nachgewiesen werden, die auf festem Nährboden von Petragnani gezüchtet und erhitzt waren. Es soll weiter festgestellt werden, wieweit diese Reaktion auch zur Aufdeckung der Infektion beim Menschen, besonders bei Neugeborenen tuberkulöser Mütter, von Wert sein kann.

E. Levin-Berlin.

Ein neues Tuberkuloseantigen, von R. Zdrazil-Olmütz. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 1/3, S. 95.) Vgl. Derm. W., 1928, Bd. 68, S. 684.

A propos de la vaccination antituberculeuse au BCG (Zur Antituberkulose-Impfung mit BCG), von Taillens-Lausanne. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 16, S. 412 bis 413.) Gelegentlich der Beobachtung eines Kindes, das nach Impfung mit BCG an Tuberkulose gestorben ist, so daß nur die Möglichkeit besteht, daß es entweder durch die Impfung nicht vor der Tuberkulose bewahrt oder durch sie erst mit ihr infiziert worden ist, wird die Literatur über diesen Gegenstand einer kritischen Beurteilung unterzogen. Die von einigen Seiten gezogenen günstigen Schlußfolgerungen erscheinen übereilt und die Einführung der Impfungen in die laufende Praxis war verfrüht. Bezeichnenderweise sprechen sich die Pädiater mehr und mehr gegen die Methode aus.

E. Levin-Berlin.

A propos de la prémunition dans les milieux non infectés de tuberculose (Über prophylaktische Impfungen bei nicht tuberkulös infizierter Umgebung), von J. Lignières. (Bull. acad. de méd., 1928, Bd. 99, Nr. 18, S. 465—470.) Die von Calmette empfohlenen Impfungen gesunder Säuglinge mit dem virulente Bazillen enthaltenden BCG können nur als berechtigt anerkannt werden, wenn es sich um durch das Milieu gefährdete Kinder handelt. Die eingeimpften Bazillen bewirken in den Lymphwegen nachweisbare Veränderungen, die allerdings wieder schwinden, ohne daß aber deshalb die Bazillen den Körper schon wieder verlassen haben. Wenn auch Schädigungen nur selten auftreten, so sind sie doch nicht ganz auszuschließen und es erscheint deshalb die Impfung nicht gefährdeter Kinder nicht berechtigt.

E. Levin-Berlin.

Gommes tuberculeuses cutanées et sous-cutanées (Tuberkulöse Hautgummen), von L. Ramond. (Presse méd., 1928, Nr. 26, S. 411.) 19jähr. Patientin mit Lungenphthise und Kniegelenktuberkulose, 6 tuberkulösen Hautgummen an den Extremitäten. Letztere geben ungünstige Prognose, da ihr Erscheinen auf eine Aussaat der Tbc.-Bazillen auf dem Blutweg hinweist.

D. Abel-Lörrach.

Ambulatorische oder stationäre Lupusbehandlung? von H. Axmann, Lupusheilstätte Erfurt. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 3, S. 621.) Verf. redet gegenüber einer stationären Behandlung Lupuskranker in Lupusheilstätten der ambulanten Behandlung das Wort. Bei wochenlangem Nichtstun in den Heilstätten verlernen die Erwachsenen das Arbeiten, die Kinder versäumen die Schule. Anstatt Heilstätten möchte Verf. Ambulatorien gebaut haben, in denen wirkliche Lupusfachärzte die Kranken behandeln und genügend geschultes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Finsen- und Röntgenapparate müssen reichlich vorhanden sein, so daß immer 6—8 Kranke auf einmal behandelt werden können. Für schwerere oder weit entfernt wohnende Patienten soll den Ambulatorien eine kleine Station mit 5—10 Betten angegliedert werden. Verf. weist aus eigener Erfahrung nach, daß auf diese Weise für einen stationären Fall 10 ambulatorische Fälle behandelt werden können.

E. Kottmaier-Mainz.

Über die Goldbehandlung der Hauttuberkulose mit „Aurophos“, von T. Koncz-vald-Szeged. (Budapesti Orv. Ujság, 1927, Nr. 43.) Verf. stellte seine Versuche mit dem von der Firma Casella in Frankfurt hergestellten Goldpräparat „Aurophos“ an.

Digitized by Google

Dieses Präparat ist intravenös zu verabreichen, in Dosen von 0,01—0,025, 0,05 mg, 0,01—0,025—0,05—0,10 cg. Die Giftwirkung ist groß. Für seine Versuche verwendete Verf. 6 Fälle von Lupus vulg., 3 Lupus eryth., 2 Tbc. verrucosa cutis, 2 Psoriasis. Die Injektionen wurden zweimal wöchentlich in steigenden Dosen — im ganzen 15—20 Injektionen — verabfolgt. Eine Heilwirkung war in keinem Falle zu beobachten, hingegen oft recht unangenehme Nebenwirkungen, wie Abgeschlagenheit, Kopf-, Magenschmerzen, Fieber. Bei 2 Lupus eryth. Albuminurie. Nebenerscheinungen blieben nur bei den Psoriatikern aus, aber auch hier trat keinerlei Besserung ein. Verf. hält das Präparat nicht für empfehlenswert. K. v. Berde-Szeged.

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

Syphilis nnd Konstitution, von Rolnik. (Journal zur Vervollkommnung der Ärzte [Russisch], 1928, Nr. 1.) Der Verlauf der Syphilis und ihre Prognose wird durch den Allgemeinzustand des Kranken bedingt. Letzterer hängt von den gegenseitigen Wirkungen seines Genotypus und den äußeren Umständen ab. Der Einfluß unserer therapeutischen Mittel bei der Behandlung geht durch das Gewebe, die Zelle, vor sich, indem er den biochemischen Zustand derselben verändert. Der Biochemismus der Gewebe der einzelnen Individuen von verschiedener Konstitution ist aber verschieden, weshalb auch die Therapie eine individualisierende sein müsse. Die Konstitution hat einen mächtigen Einfluß auf den Verlauf der Syphilis.
A. Jordan-Moskau.

La cholestérinémie chez les syphilitiques (Die Cholesterinämie bei den Syphilitikern), von J. Gavrila und M. Hanganutz. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 9. S. 629—630.) Untersuchungen an 157 Kranken mit positiver WR ergaben in der Mehrzahl der Fälle einen Gehalt des Blutes an Cholesterin von mehr als $2‰$, also deutliche Hypercholesterinämie. In 2 Fällen, in denen sich $4{,}45‰$ Cholesterin fand, bestand chronische Nephritis mit starker Albuminurie; dabei findet sich gewöhnlich Hypercholesterinämie. Die Fälle mit einem Gehalt von unter $1{,}5‰$ zeigten gewöhnlich außerdem fortgeschrittene Tuberkulose oder andere fieberhafte Erkrankung, wodurch die Hypocholesterinämie erklärt wird. Die Hypercholesterinämie findet sich meist bei alten Syphilisfällen, während bei frischerer Syphilis die Veränderungen gering und wechselnd sind. E. Levin-Berlin.

Allgemeines über die luetischen Hauterkrankungen, von M. Oppenheim. (W. m. W., 1928, Nr. 10, S. 311; Nr. 11, S. 350.) Fortbildungsvortrag; für den Dermatologen nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Die luetischen Hauterscheinungen, von M. Oppenheim. (W. kl. W., 1928, Nr. 15, S. 533.) Fortbildungsvortrag.

Ein Fall von Papillomatosis der Mundschleimhaut bei einem Syphilitiker, von Mirakjantz. (Wratschebnoje Delo, 1928, Nr. 8.) Beschreibung eines Falles von Papillomatosis der Mundschleimhaut bei einem Türken, der Lues verneinte, aber einen stark positiven Wassermann aufwies. A. Jordan-Moskau.

Gomme syphilitique de la cloison du nez. (Gumma der Nasenscheidewand), von G. Laurens. (Presse méd., 1928, Nr. 22, S. 347.) Schnupfen, nur rechte Nasenhöhle, starke übelriechende Sekretion, besteht seit 6 Wochen. Rhinoskopie zeigte Nekrose des Nasenbeins. Da Anamnese Lues ergab, war die luetische Ätiologie gesichert. Therapie: Jod 4—6 g pro die und Quecksilberinjektionen. Nach dieser Kur später Arsen. Lokalbehandlung: Adrenalin, täglich vorsichtige Nasenspülung mit einer Salzlösung. D. Abel-Lörrach.

Über syphilitischen Primäraffekt an Vagina und Vaginalportion insbesondere bei Prolapsus uteri, von M. Kazarowa. (Inaug.-Dissert., Leipzig 1928. Klinik Rille.) Die Lehre vom syphilitischen Primäraffekt beim Weibe ist von grundsätzlicher Bedeutung für die Frage, ob allgemeine Syphilis bei Frauen ohne Primäraffekt entstehen könne. Der Name Rille bürgt hier für eine äußerst genaue historische Betrachtung des Schankers der Vaginalportion. Erst von Fournier datiert seine wirkliche und eigentlich klinische Erkenntnis. Mraček, Rille und J. Neumann haben hier maßgebend beobachtet und publiziert. Die Portiosklerose ist dann besonders

Digitized by Google

bedeutungsvoll, wenn sie sich gegen Ende der Schwangerschaft entwickelt. Der Primäraffekt der Vagina ist auch heute nur wenigen Syphilidologen aus eigener Anschauung bekannt. Selbst Fournier vermochte noch 1898 nur einen einzigen, dabei noch fraglichen Fall im hinteren Fornix zu verzeichnen. Er erklärt sich außerstande, das Symptombild der Vaginalsklerose zu fixieren. Martineau und seine Schüler, dann Glück, Bockhart (1885) haben einzelne Fälle beschrieben. Wolff hat die Schwierigkeit der Diagnose aus der Kleinheit des Schankers erklärt, der unregelmäßig sternförmig den Falten der Vagina äußerlich sich anpaßt. Rille aber konnte 1896 über 11 und 1904 über 21 Fälle berichten, darunter über 18 im Laufe von 2 Jahren. Dabei hebt auch er die Vagina als die seltenste Lokalisation der Syphilis beim Weibe hervor. Nach dem Sitz der „Pergamentsklerose" richtet es sich, welche Lymphdrüsen, ob nur abdominale, anschwellen. Die 4 Fälle der Arbeit, darunter drei aus der Innsbrucker Zeit Rilles, müssen im Original eingesehen werden. In dem ersten Falle auch ein Uterusprolaps; an Portio und Vagina multiple Primäraffekte. An der letzteren in der Form von scharf umschriebenen, ganz verschieden großen, zum Teil nur linsengroßen Substanzverlusten, die differentialdiagnostisch sehr genau bewertet werden. In dem 2. Falle wird die ungewöhnlich lange Heilungsdauer der vaginalen Primäraffekte, die gern als kurzlebig bezeichnet werden, hervorgehoben. Nur in dem 4. Falle war ein typischer, schon ziemlich weich gewordener, weil über die Akme seines Bestandes hinaus befindlicher, übermarkstückgroßer, isolierter Primäraffekt beobachtet worden, der an der rechten seitlichen Vaginalwand in der Nähe des Introitus vaginae saß. E. Delbanco-Hamburg.

Zur Frage der sogenannten Nodosités juxtaarticulaires, von Rossow. (Kubanskij Nautschno-Medicinskij Westnik, 1928, Bd. 7/8, S. 305.) Angeregt durch eine eigene Beobachtung von syphilitischen juxta-artikulären Nodositäten ging Verf. dieser Frage nach und überzeugte sich, daß sich in den letzten Jahren eine Häufung der Fälle von fibröser Umwandlung der Gummen bemerkbar macht, daß bei der differentiellen Diagnose auch subkutane adenokarzinomatöse Metastasen in Frage kommen müssen, daß endlich eine reine Wismutbehandlung von vorzüglicher Wirkung auf diese Gebilde ist. A. Jordan-Moskau.

Das Röntgenbild der Knochenlues, von E. Lachmann, Röntgenabt.-R.-Virchow-Krankenhaus. (M. Kl., 1928, Nr. 11, S. 425—426.) Übersichtreferat.
E. Levin-Berlin.

Einige Stigmata der kongenitalen Syphilis bei Knochengelenktuberkulose, von Keropjan. (Kubanskij Nautschno-Medicinskij Westnik, 1928, S. 162.) Ohne sich auf irgend welche Schlußfolgerungen einzulassen, berichtet Verf., daß er bei genauer Untersuchung von 160 an Knochengelenktuberkulose leidenden Kranken in 47,6% verschiedene im allgemeinen als für kongenitale Syphilis verdächtige Stigmata der Zähne, wie Hutchinsonsche Einkerbungen, das Tuberkulum Carabelli, Mikrodontismus, deutliche Störungen der Artikulation, Fehlen des 2. Schneidezahnes, eigenartige Musterung der Schneidezähne, gefunden hat. A. Jordan-Moskau.

Aneurysma dissecans auf luetischer Grundlage, von A. Loeschke, Path. Inst. Städt. Krankenhaus Moabit Berlin. (Frankf. Zschr. f. Path., 1928, Bd. 36, H. 1, S. 56.) Die Ätiologie der dissezierenden Aneurysmen ist bis heute noch nicht restlos geklärt, doch ist stets, wenn auch mit den heutigen Methoden noch nicht immer nachweisbar, eine Läsion der Gefäßwände anzunehmen. Das neugebildete Rohr des Aneurysma dissecans kann durch die funktionelle Inanspruchnahme sich gleich dem ursprünglichen Gefäßrohr ausbilden, auch die gleichen pathologischen Veränderungen aufweisen, wofür ein sehr typischer Fall mitgeteilt wird. Die Lues der Aorta erschwert die Entstehung eines Aneurysma dissecans. Verf. glaubt, daß die Fälle von An. diss. bei Aortenlues durch in der Aortenwand gelegene Gummiknoten zu erklären sind. M. Cohn-Dresden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 37 (Bd. 87) 15. September 1928

DER

90. VERSAMMLUNG DEUTSCHER NATURFORSCHER UND ÄRZTE

HAMBURG 1928

GEWIDMET

Aus der Universitäts-Hautklinik Hamburg (Direktor: Prof. P. MULZER)

Über ungewöhnliche, paronychieartige Lokalisation Boeckscher Sarkoide an den Nagelphalangen

Von

Prof. R. HABERMANN

Mit 2 Abbildungen im Text

Das große Interesse für die in so vieler Beziehung noch problematischen Krankheitsbilder der BOECKschen Sarkoide oder benignen Miliarlupoide, welches sich in einer Reihe von gründlichen Untersuchungen der letzten Jahre äußerte, hat zwar noch nicht zu einer restlosen Klärung der Ätiologie geführt.

Bekanntlich stehen drei verschiedene Auffassungen einander gegenüber; eine, die die Affektion als eine Form der Hauttuberkulose ansieht, eine zweite, die ein bisher unbekanntes infektiöses Virus als Ursache annehmen möchte, und schließlich eine weitere, die eine besondere Reaktionsweise der Haut mancher Individuen gegenüber mannigfaltigen, ganz differenten Reizen als Voraussetzung annimmt. Daß in manchen Fällen die Tuberkulose sicher als Ursache anzusprechen ist, ergab sich schon aus früheren Feststellungen von Bazillen im Sputum, aber auch im Krankheitsherde selbst (KYRLE) und ist neuerdings auch durch die serologischen Untersuchungen MARTENSTEINS (Nachweis von „Pro- bzw. Antikutinen") noch bekräftigt worden.

Abgesehen von wichtigen Ergänzungen des klinischen Bildes durch erythrodermieartige (SCHAUMANN) und verruköse Formen (JADASSOHN, GOLDSCHMIDT, MARTENSTEIN u. a.) wurden vor allem die Beziehungen zu manchen anderen Hautprozessen studiert und näher zu ergründen versucht, so zu Lupus pernio (MARTENSTEIN), Angiolupoid (PREIS) u. a. Außer der Beteiligung der Lungen, Augen, Drüsen, Milz und anderer

Digitized by Google

innerer Organe haben besonders die sehr häufig bei Sarkoid Boeck vorkommenden Knochenveränderungen (Auftreibungen, teils mehr herdförmige, teils diffuse Aufhellungen besonders der Hand- und Fußphalangen im Röntgenbild) die Aufmerksamkeit schon frühzeitig auf sich gelenkt (BESNIER), und letztere sind besonders neuerdings mehrfach zum Gegenstand eingehender, zumal röntgenologischer Untersuchungen gemacht worden (JÜNGLING, SCHAUMANN, RIEDER, FRÄNKEL). Während JÜNGLING den Prozeß als „Ostitis fibrosa multiplex cystica" definierte, spricht RIEDER von „chronischer Osteomyelitis bei Lupus pernio", und FRÄNKEL wählt die Bezeichnung „Spina ventosa multiplex chronica adultorum". Schon vorher hatte SCHAUMANN durch histologische Untersuchungen einen partiellen Ersatz des Knochenmarkes durch tuberkuloides Granulationsgewebe neben fibrösem Ersatzgewebe als anatomische Grundlage der Knochenveränderung feststellen können. Keine Klarheit konnte bis jetzt darüber geschaffen werden, in welcher Weise die Knochenveränderungen mit den Hautprozessen zusammenhängen, da sie keineswegs immer unmittelbar mit Weichteilprozessen, subkutanen Knotenbildungen, Sehnenscheideninfiltraten in unmittelbarer Verbindung stehen, sondern oft auch örtlich ganz unabhängig von solchen auftreten.

Während nun bekanntlich eine Reihe von infektiösen Allgemeinerkrankungen bei Metastasierung in den peripheren Teilen der Extremitäten vielfach die Umgebung der Nägel bevorzugen, sind analoge Beobachtungen bei den Lupoiden bisher anscheinend nicht gemacht worden, auch HELLER erwähnt in seinem vor kurzem erschienenen Handbuchbeitrag über die Nagelkrankheiten nichts davon, so daß kürzlich von uns an 2 Kranken erhobene Befunde dieser Art von Interesse zu sein scheinen[1]). Zwar berichtet P. UNNA über Nagelveränderungen bei einem von ihm publizierten Falle, wobei aber nur die Nagelplatte der Länge nach durch parallele Leisten in longitudinale Felder geteilt war, zwischen denen sich tiefe Furchen befanden. Er bezeichnet diese Veränderungen selbst als „trophische Veränderungen" der Nägel, hat also demnach nicht angenommen, daß lokale Herde des Krankheitsprozesses an den Nägeln als Ursache vorlagen, wie es bei den nachstehend wiedergegebenen Beobachtungen der Fall war. Auch waren, wie die Abbildungen zeigen, Auftreibungen der Endglieder in seinem Falle nicht vorhanden.

Fall 1. M. W., 20jähr. Hausangestellte. Familienanamnese erweist keine erblichen Belastungen. Bei der Kranken entwickelte sich seit dem 13. Lebensjahre ein Pickel an der Nase. Vor 4 Jahren traten andere Stellen an den Wangen, Händen und Ellenbogen auf, die damals mit Radium und Kohlensäure behandelt wurden. An den Fingerspitzen entstanden schmerzhafte Knoten.

Befund: Bei dem mittelgroßen, kräftig gebauten, gut genährten Mädchen bestehen an der Nasenspitze, rechten Stirnseite, rechten Wange, Oberlippe erbsen- bis pfenniggroße, flache Infiltrate der Haut, die z. T. plateauartig über das Niveau emporragen, sich fast knorpelhart anfühlen, eine braunrote Farbe aufweisen und bei Glasdruck einen gelbbräunlichen Rückstand hinterlassen. Die rechte Wangenpartie erscheint in toto unterhalb des Jochbogens gegenüber links etwas verdickt und in einem fünfmarkstückgroßen ganz unscharf begrenzten Bezirk livid verfärbt. Sie fühlt sich ebenfalls leicht infiltriert an, hat eine glatte Oberfläche, die aber

[1]) Die beiden Fälle wurden von uns in der dermatologischen Gesellschaft Hamburg-Altona vorgestellt.

Digitized by Google

verschiedene hirsekorngroße flache Eindellungen aufweist. Bei Glasdruck lassen sich hier nur undeutlich einige braungelbe Flecken feststellen. Am rechten Oberarm sieht man einige ganz unscharfe blaurote Flecke, unterhalb deren aber in der Subkutis bei Aufhebung einer Falte bis haselnußgroße, ziemlich derbe Infiltrate zu palpieren sind. An beiden Ellenbogen bestehen mehrere bis groschengroße Herde in der Haut, deutlich infiltriert, mit vergröberter Oberfläche, von tiefen Furchen durchzogen, lividbräunlich verfärbt, mit spärlichen, festhaftenden Schuppen bedeckt, welche besonders die kraterförmig erweiterten Follikelmündungen ausfüllen, bzw. mit den darin steckenden Pfröpfen zusammenhängen.

An den Händen fällt es auf, daß die Fingerknochen z. T. verdickt sind. Besonders am 5. Finger rechts ist an der Mittelphalanx eine knotige Auftreibung fühlbar, die besonders nach der Volar- und Außenseite hin eine knorpelige Härte erkennen läßt. Eine ähnliche, etwas schwächere Verdickung zeigt die Grundphalanx des linken Zeigefingers. Außerdem aber lassen die Nagelglieder am Daumen

Abb. 1. Linke Hand von Fall 1. Verdickung des Nagelgliedes und braune Verfärbung des Nagels am vierten Finger

und Mittelfinger rechts sowie am Ringfinger links eine ausgedehnte Infiltration der ganzen Umgebung des Nagels übergreifend auf die Seiten- und Volarflächen erkennen mit teilweise knotiger Verdickung der Haut, die hier unverschieblich ist und sich nicht falten läßt. Es besteht eine unscharf begrenzte bräunliche bis livid-rote Verfärbung der etwas glänzenden und mit fest haftenden Schuppen bedeckten Oberfläche; die Follikelmündungen bzw. Schweißdrüsenmündungen sind z. T. erweitert und verhornt. Die Nägel selbst sind stark deformiert, die Platten abnorm kurz mit Längsriefen durchzogen, der Nagelfalz ebenso wie der freie Rand unregelmäßig zackig. Die Farbe der Nägel ist im Vergleich mit denen der andern Finger eigentümlich braunrot und bleibt auch bei Druck auf den Nagel deutlich bräunlich, z. T. etwas fleckig. Am wenigsten ausgesprochen sind die Veränderungen am Nagel des linken Ringfingers, der nur etwas stärker gewölbt ist, aber eine ebenso intensive Verfärbung wie die andern Nägel aufweist. Auch an den Zehennägeln lassen sich z. T. analoge Veränderungen feststellen. Insbesondere die zweite Zehe links weist eine Rötung der Umgebung des höckrig destruierten Nagels auf, unter dessen freiem Rand die Haut infiltriert ist und eine feinwarzige Oberfläche wie bei Tuberculosis verrucosa besitzt.

Digitized by Google

Innere Organe und Nervensystem klinisch o. B. Pirquet schwach +, WR: —, Blutbefund normal.

Röntgenbefund der Lungen: außer kräftigem Hilusschatten mit einem erbsengroßen Kalkherd unterhalb des rechten Hilus sieht man eine feine schneeflockenartige Verschattung, besonders des rechten Lungenfeldes.

Röntgenbefund der Hände: Knochenstruktur der Phalangen z. T. deutlich umgebaut, Knochengewebe unregelmäßig weitmaschig, verschiedentlich, besonders an der rechten Hand, auch scharf umschriebene rundliche Aufhellungen in den Knochen, die sich besonders markant an den Nagelgliedern derjenigen Finger bemerkbar machen, die die oben beschriebenen Befunde aufweisen. Hier zeigen sich auch die Weichteile z. T. deutlich verdickt und stärker schattengebend. Ähnliche Aufhellungen finden sich an einem Teil der Zehenphalangen.

Die histologische Untersuchung eines vom rechten Oberarm exzidierten Knotens ergab die charakteristischen scharf abgesetzten Infiltrate aus Epitheloidzellen, mäßig zahlreichen Riesenzellen, sehr spärlichen Lymphozyten und Plasmazellen.

Abb. 2. Rechte Hand von Fall 1. Knotige paronychieartige Infiltrate mit Schädigung des Nagels an Daumen und Mittelfinger

Fall 2. D. R., 41 Jahre, Stadtbaumeister. Familienanamnese: o. B.

Der Kranke selbst hat als Kind keine ernstlichen Leiden durchgemacht. Vor 10 Jahren entwickelte sich an der 4. linken Zehe im Anschluß an eine Verstauchung allmählich eine Verdickung und blaurote Verfärbung mit Verkümmerung des Nagels. 1 Jahr später traten jedoch dieselben Veränderungen auch am Nagelglied des rechten Daumens hinzu. Die Zehe war so schmerzhaft, daß sie den Kranken dauernd behinderte und daher operativ entfernt wurde. Die Wunde heilte schnell, auch war vorher niemals eine Geschwürsbildung oder dgl. aufgetreten. Vor 2 Jahren wurde der Kranke wegen einer Nasengeschwulst, die die Atmung behinderte, an einer Nasenmuschel operiert. Vor 1 Jahr bildete sich an der Oberlippe sowie am linken Oberarm je ein blaurotes Knötchen aus, von denen das erste vom Arzt operativ entfernt wurde.

Befund: Mittelgroßer, kräftig gebauter, gutgenährter Mann. Innere Organe und Nervensystem ohne nachweisbare Veränderungen. An der Außenseite des linken Oberarmes besteht ein kutan-subkutaner, blaurot verfärbter, etwa haselnußgroßer Knoten, der im Mittelpunkt leicht eingesunken ist und bei Glasdruck eine gelblichbräunliche, etwas fleckige Verfärbung erkennen läßt. Am Daumen der linken

Digitized by Google

Hand ist das Nagelglied etwas aufgetrieben, blaurot verfärbt und gibt bei Glasdruck einen bräunlichen Farbenton. Der Nagel selbst ist verkrüppelt, unregelmäßig höckrig konfiguriert, bedeutend verkürzt. Kubitaldrüsen l. eine erbsengroße, Achseldrüse l. 2 bohnengroße fühlbar. WR: negativ. Pirquet: negativ. Innere Organe und Nervensystem o. B. Blutbild o. B.

Die Röntgenaufnahme ergab an verschiedenen Stellen der Finger- und Zehenphalangen deutliche Aufhellungen der Knochensubstanz, besonders an den Köpfchen der Mittel- und Endphalangen. Das Nagelglied des linken Daumens erwies sich besonders stark ergriffen. Die histologische Untersuchung ergab auch in diesem Fall vollkommen das typische Bild des Sarkoid Boeck.

Es handelt sich demnach in beiden Fällen um typische, histologisch sichergestellte Sarkoide mit ausgesprochener Beteiligung einzelner Nagelglieder an Händen und Füßen in Form paronychieartiger kolbiger Auftreibung durch harte, blaurote Infiltrate bei starker Schädigung des Nagelwachstums. Besonders charakteristisch war das deutliche Durchschimmern des Infiltrates durch die Nagelplatte, welches bei leichtem Druck genau das gleiche Farbenphänomen ergab, wie es sich an den oberflächlichen Hautherden bei Glasdruck darstellte. Die Infiltrate nahmen meist die ganze Zirkumferenz der Endglieder ein und bedingten zum Teil eine empfindliche Druckschmerzhaftigkeit. Im Röntgenbild zeigte sich an diesen Stellen eine Verdichtung der Weichteile bei starker Aufhellung der Knochenstruktur neben geringergradigen herdförmig verstreuten Höhlenbildungen an anderen Stellen der Phalangen. Anhaltspunkte für Rückschlüsse, ob die Prozesse ihren Ausgang an den betreffenden Stellen von den Knochen oder von Sehnenscheiden bzw. von der Haut, Nagelbett oder Subkutis genommen haben, ließen sich aus der bisherigen Beobachtung der beiden Fälle noch nicht gewinnen. Die Beobachtung scheint aber in diagnostischer Hinsicht besonders deshalb wichtig zu sein, weil die Nagelgliedaffektionen Initialsymptome darstellen können, die, wie im zweiten der vorstehend geschilderten Fälle, mehrere Jahre früher auftreten können als die ersten Knotenbildungen an der übrigen Haut.

Literatur

FRÄNKEL, Beitr. z. Klin. d. Tbc., 50, 441. — GOLDSCHMIDT, Arch. f. Derm., 149, 331. — HABERMANN, Zbl. f. Hautkrkh., 26, 353 u. 27, 339. — HELLER, Handb. d. Hautkrkh., XIII/2. — JÜNGLING, Fortschr. d. Röntgenstr., 27, 675. — MARTENSTEIN, Arch. f. Derm., 147, 70. — SCHAUMANN, Act. derm.-venereol., 2, 409, u. a. O. — P. UNNA, Derm. W., 55, 1203. — VOLK, Arch. f. Derm., 138, 327.

Heilung von fünf Fällen von exfoliativen Erythrodermien

Von

PAUL UNNA jr. in Hamburg

Die neueren Forschungsergebnisse über generalisierte exfoliierende Erythrodermien bzw. Pityriasis rubra HEBRA-JADASSOHN gehen dahin, daß bei diesen Krankheiten kein Morbus sui generis vorliegt, sondern eine Schädigung des vegetativen Nervensystems, welche durch sehr verschiedene Ursachen hervorgerufen werden kann.

Die therapeutischen Erfahrungen bei 5 Fällen von generalisierten exfoliativen Erythrodermien in unserer Klinik veranlaßten mich, aus

Digitized by Google

2 Gründen denselben Standpunkt einzunehmen, erstens, weil es sich um gänzlich verschiedene Grundkrankheiten gehandelt hatte (teils um primäre Erythrodermie vom Typ der Pityriasis rubra oder der Dermatitis exfoliativa Wilson-Brocq, teils um sekundäre Erythrodermien nach seborrhoischen Ekzemen und Psoriasis), zweitens, weil eine relativ einfache äußerliche Behandlung imstande war, alle Symptome dieser Erkrankungen (sowohl die abnorme Hautbeschaffenheit mit ihrer Gefäßlähmung, Hautverdickung und Hautatrophie als auch die Veränderungen an den inneren Organen, Herz, Niere usw.) infolge Einwirkung auf das autonome Nervensystem zu beseitigen.

Die Literatur zeigt, daß in allen Ländern ähnliche Meinungen vertreten werden. So sagt Jadassohn (1) in einer Anmerkung: „Seit langem halte ich die Pityriasis rubra Hebrae für einen Symptomenkomplex, der nicht nur (was ich übrigens nie behauptet habe!) durch die Tuberkulose, speziell der Lymphdrüsen, sondern auch durch pseudoleukämische und leukämische Erkrankungen [Hodgkin (2)], vielleicht auch durch andere Ursachen bedingt sein kann." Ferner: „Die Differenzierung zwischen den erythrodermatischen Dermatosen und den sekundären benignen und malignen Herpetiden (der Franzosen) hat in die deutsche Lehrbuchliteratur im allgemeinen keinen Eingang gefunden. Wir begnügen uns meist darauf hinzuweisen, daß sich die verschiedensten großen Dermatosen generalisieren und dann ihre charakteristischen Eigentümlichkeiten mehr oder weniger einbüßen und das Bild der exfoliativen Erytrodermien darbieten können. Dabei kann die Prognose günstiger oder ungünstiger sein; die Ursache ist meist unbekannt." Die Äußerungen Jadassohns treffen den Kernpunkt der ganzen Erythrodermiefrage, und ich möchte mich ihnen bezüglich meiner Fälle vorbehaltlos anschließen.

Lancashire (3) weist darauf hin, daß die Mitglieder der Londoner dermatologischen Gesellschaft bezüglich der Ätiologie der Dermatitis exfoliativa annahmen, daß als Ursache eine Toxämie zugrunde liege, welche auf die vasomotorischen Zentren wirkt. Nach Cranston Low (4) kommen alle Fälle von exfoliativen Dermatitiden durch eine Sensibilisierung gegen bestimmte chemische Substanzen zustande, die sekundären Fälle nach Psoriasis und seborrhoischem Ekzem durch die Sensibilisierung gegen die Mikroorganismen, welche diese Krankheiten hervorrufen.

Golay (5) weist darauf hin, daß die allgemeinen Erythrodermien auf Störungen des autonomen Gefäßnervensystems beruhen. Er schließt seinen Artikel etwa mit folgenden Worten: „Wohin man auch blickt beim Studium der verschiedenen Hautreaktionen: man begegnet immer dem sympathischen Nervensystem".

Besonderes Interesse besitzt ein Fall von Jörgen Schaumann (6). Ein 64jähr. Pat. litt seit frühester Kindheit an einem ulzerös-elephantiastischen Lupus des rechten Oberarmes und der Schulter; 1917 Auftreten von Diarrhoe und Abmagerung, 3 Monate später entwickelte sich allmählich eine schwerste universelle exfoliierende Erythrodermie mit Fieber und Kachexie. Zu gleicher Zeit spontane Abheilung des resistenten Lupus. 4 Monate nach dem Auftreten der Erythrodermie Exitus. Bei der Sektion fand sich Anschwellung der prävertebralen, inguinalen und axillaren Lymphknoten. Keine viszerale Tuberkulose. In den Lymphknoten histo-

Digitized by Google

logisch kein eindeutiger Befund für Tuberkulose, dagegen ein polymorphzelliges Granulationsgewebe mit Sternbergschen Riesenzellen. Überimpfung auf Meerschweinchen ergab keinen Anhaltspunkt für Tuberkulose. Schaumann erklärt die Erythrodermie durch die Einwirkung der Toxine, die bei dem rapiden Tuberkelbazillenzerfall entstehen. In seiner weiteren Besprechung betont Schaumann, daß die idiopathische Erythrodermie Wilson-Brocq seines Erachtens mehr und mehr in der Tuberkulose —, Leukämie —, Intoxikation aufgehen würde. Die sekundären Erythrodermien bei Psoriasis, Ekzema seborrhoicum, Lichen planus, Pemphigus, Derm. polymorph. doulour. faßt er als Toxinkrankheiten auf, hervorgerufen durch die Toxine der bisher noch unbekannten Erreger.

Fall 1. W. L., 51jähr. Fabrikant, aufgenommen 12. IX. 1919, im wesentlichen geheilt entlassen am 15. VI. 1920.

Es handelt sich um eine postekzematöse universelle Erythrodermie, welche im Frühjahr 1914 mit starker Schuppenbildung des Kopfes und Haarausfall am ganzen Körper begann und trotz verschiedenster Kuren bei erstklassigen Autoritäten unaufhaltsam sich bis zu ihrem damaligen Zustande verschlimmerte.

Befund: Haut des gesamten Körpers inklusive des Kopfes, des Gesichts, der Handteller und Fußsohlen krebsrot, an den abhängigen Partien bläulichrot, erheblich geschwollen und stark abschuppend. Die Schuppung ist so beträchtlich, daß beim Ausziehen eine Wolke von Schuppen den Patienten umgibt. Kopfhaut näßt; Stirn zeigt Querfalten. Atrophische, maskenartige Gesichtshaut, bedeutendes Ektropium beider Augen, Konjunktivitis, Ohren stehen unförmig verdickt vom Kopfe ab, sind sehr druckempfindlich. Haut des gesamten Körpers ödematös und stark verdickt. Unerträglicher Juckreiz, besonders bei Nacht. Abgesehen von der Rötung und starken Schuppung sind äußere Hauterscheinungen wie Papeln, Pusteln usw. nicht nachzuweisen. Die Fingerglieder sind geschwollen und schwer beweglich, die Nägel klauenförmig. Innere Organe ohne Befund, Urin ohne Eiweiß und Zucker. Pat. verweigerte die Einwilligung zur Anstellung einer Probeexzision.

Diagnose: Generalisierte exfoliative Erythrodermie nach Ekzem.

Behandlung: Warme Kamillenvollbäder, innerlich Suprarenin.

Kopf: Ungt. refrig. eucerini c. Aq. chamom. Körper: Vaseline adust., Ungt. refrig. eucerini c. Aq. chamom., Ungt. suprarenini āā. Für die Hände eine Bleikühlsalbe. Bereits nach drei Tagen konnte mit dieser Behandlung eine wesentliche Besserung erzielt werden. Das Nässen des Gesichts und der Juckreiz hatten nachgelassen. Die Haut war etwas blasser geworden, und die Abschuppung des Kopfes war nicht mehr so stark.

Allerdings traten während der Behandlung in ziemlich regelmäßigen Abständen anfallsweise Verschlimmerungen auf, welche besonders bei Nacht mit starkem Juckreiz des ganzen Körpers, Unwohlsein und starkem Nässen der Gesichtshaut, einhergingen. So wieder am 20. IX. Ferner wurde der Heilungsvorgang unterbrochen durch periodisch auftretende Abszesse, welche teils unter Quecksilberpflastern sich öffneten, teils operativ geöffnet werden mußten, so am 14. X. Dabei wurde viel Eiter entleert, welcher Staphylococcus aureus enthielt.

Pat. klagte seit Anfang Oktober über starken Nachtschweiß, welcher mit Atropindosen nur ungenügend beseitigt werden konnte. 16. XI. erneuter Anfall von Schwellung des Gesichts und Nässen des Kopfes.

Am 26. XI. Autosanguis, wonach Pat. sich erheblich wohler fühlte. Der Juckreiz hat angeblich nachgelassen. Am 30. XI. erneuter Anfall unter Unwohlsein, quälendem Durstgefühl, starkem Schweißausbruch, Abschuppung des Körpers und Blähungen. Der Anfall setzte sich auch noch in den nächsten Tagen fort; mit den Schuppen gehen auch Fetzen frischer Haut ab. Erhöhte Temperatur, Unruhe, schlechter Schlaf.

Täglich Kamillentintenbäder. In den nächsten Tagen bis Weihnachten erfolgten mehrfach Rückfälle, während welcher dauernd mit Medikamenten gewechselt werden mußte. Als mildeste Behandlung stellte sich allmählich folgendes Schema heraus: innerlich Mixt. suprarenini saccharata, Decoct. Zittmanni sine senna, keratinierte Ichthyolpillen 0,2, Kamillenbäder. Kopfsalbe: Eumattan 20.0, Sol. suprarenini 15,0, Aq. chamom. 30,0, Ungt. leniens ad 150,0. Körpersalbe: Ungt. leniens c. Aq. chamom., Vaseline

Digitized by Google

adust. āā 45,0, Eumattan 20,0, Ungt. suprarenini ad 200,0. Unter dieser Behandlung trat bis Ende des Jahres eine wesentliche Besserung ein, die Rückfälle wurden seltener: die Besserung wurde sowohl von den Ärzten wie auch von dem Pat. auf den Gebrauch des Suprarenins zurückgeführt.

1. I. 1920 Auftreten von kleinen Pusteln an Armen, Beinen, Nacken und Stirn, welche im Kamillenbade aufgehen. Im Pusteleiter werden vereinzelte Diplokokken gefunden. Die Haut des ganzen Körpers ist bis auf die Verdickung der Ohrmuscheln und der Antitargi nicht mehr geschwollen, nicht mehr hochrot, sondern blaßbläulich und besonders an Stirn und Knien mit zahlreichen Pusteln bedeckt. Das Sekret der Pusteln scheint ätzende Eigenschaften zu haben, da Pat. über starkes Brennen klagt.

14. I. Furunkulöser Abszeß oberhalb der linken Brustwarze, wird inzidiert. Bei kurzer Entkleidung des Körpers im warmen Zimmer entsteht erhebliches Kältegefühl. Die Unterschenkel jucken nicht mehr. Die Haut ist hier bis auf alte Ekzempapeln, die grauweißlich in Erbsengröße etwas hervortreten, mit glatter, wenig elastischer, atrophischer Haut bedeckt, schuppt nicht mehr. Seitdem Patient nur einmal am Tage eingesalbt wird, hört das Nässen am Kopf auf. Die Schuppung des Körpers ist geringer und verschwindet morgens im halbstündigen Kamillenbad. Hitzewallungen zum Kopf treten besonders nachmittags um drei Uhr und in der Nacht zwischen ein und drei Uhr auf. Am 13. II. neuer Anfall, welcher jedoch nur die Kopfhaut betrifft. Abszeß hinter dem rechten Ohr. 23. II. Anschwellung der Jochbeingegend, des Halses und der Gegend hinter den beiden Ohren. Schubweise Auftreten von weißlichen Bläschen, welche an abgehobene Hornpapeln erinnern, die aufgehen oder sofort wieder zusammenfallen, mit Ekzembläschen oder -Pusteln aber nichts zu tun haben. Nachmittags hat sich die pralle Spannung des linken Ohrläppchens und des hinteren Halswulstes Luft gemacht. Patient sagt: „Es schafft und arbeitet jede Nacht, bis der ganze Dreck draußen ist.“ Ohne besondere Veranlassung brach die Haut durch und aus der Tiefe floß schwarzbraune blutige Flüssigkeit, wie es bei früheren Abszessen nie der Fall war. Unmittelbar darauf Besserung sämtlicher Beschwerden. Am 1. III. vormittags angeblich Schweißausbruch am Kopf (zum ersten Male seit zwei Jahren). An der rechten Halsseite und am rechten Ohr sind Drüsenschwellungen fühlbar, die durch Röntgenbestrahlung 1—4 X 3 mm Aluminium, sowie Ichthyolumschläge innerhalb von 14 Tagen zurückgehen. Vom 12. IV. bis 17. IV. erneuter heftiger Anfall. Die Oberhaut der Knie und Oberschenkel löst sich in Fetzen ab, ähnlich wie bei Pemphigus foliaceus. Fieber bis 38,7°, Appetitlosigkeit, starke Mattigkeit, Eiweiß im Urin, keine Zylinder. Innerlich Kieselsäurepillen und Extr. Sarsaparillae 4,0, Infusum fol. senna ad 200,0. Als Kühlsalbe Leinöl 10,0, Pasta stearinica 90,0. Ende April bedeutende Besserung, das Nässen hat nachgelassen, Patient ist stark abgemagert, Haut des Körpers, des Kopfes und der Ohren ist abgeschwollen und von normaler Farbe.

Anfang Mai Auftreten eines Gichtknotens am linken Ringfinger. Braune Pigmentierung am ganzen Körper. Blutuntersuchung: WR negativ, Blut: Harnstoff 0,065% (normal), Zucker (als Glykogen) 0,13% (etwas vermehrt). Im Harn kein Zucker, kein Azeton, keine Oxybuttersäure. Gleiche Behandlung. 15. V. Die Haut der Arme fühlt sich derb und trocken an. Sie ist rissig und zeigt einige Kratzeffekte. Ende Mai ist die Schwellung des Gesichts und der Hände vollkommen zurückgegangen. Die Blutuntersuchung ergab nur erhöhte Eosinophilie. Die Drüsenschwellung ist zurückgegangen. Pat. fühlt sich wohl. Ein neuer Ausbruch ist nicht mehr erfolgt. Mitte Juni wird Pat. beschwerdefrei nach Hause entlassen mit der Weisung, sich zu Hause weiter zu behandeln.

Schlußverordnung: Innerlich Ichthyolpillen, Kalzantabletten, äußerlich Ol. lini.

Fall 2: S. A. M., 63jähriger höherer Staatsbeamter einer südamerikanischen Republik, aufgenommen 29. VIII. 1921, geheilt entlassen April 1923.

Pat. wurde sehr krank eingeliefert. Die Reise von England nach Hamburg konnte er nur in Etappen ausführen. Die Vorgeschichte konnte wegen seiner Schwäche erst nach einigen Tagen aufgenommen werden. Beginn vor 10 Jahren mit starkem Jucken an den Testikeln. Seit 2 Jahren lebhaftes Jucken an den Beinen, welches sich im Laufe des Jahres über den ganzen Körper ausbreitete. An der Haut war nichts zu sehen. Später starke Schuppenbildung am ganzen Körper. Wurde von verschiedenen englischen Autoritäten erfolglos behandelt. Das Jucken nahm andauernd zu. Pat. hatte niemals Ekzem oder Psoriasis.

Befund: Schwer kranker Pat., Haut des gesamten Körpers geschwollen und gerötet, infolge seiner braunen Pigmentierung Farbe der Haut bräunlichrot. Haut erscheint

Digitized by Google

gespannt, ödematös, besonders stark an den Beinen. Körperbehaarung fehlt größtenteils. Am ganzen Körper kleinlamellöse Abschuppung. Nirgends besondere Effloreszenzen. Nägel dünn, durchscheinend. Pat. friert andauernd, hat ständig Hunger. Gesichtshaut starr, maskenartig, keine Mimik. Konjunktiven leicht gerötet. Pat. kratzt sich beständig mit einer Streichholzschachtel, da seine kurzen Nägel nicht dazu ausreichen. Ohren sind sehr stark geschwollen und stehen steif vom Körper ab. Sie sind äußerst schmerzempfindlich, so daß der Patient nur unter Zuhilfnahme von weichen Kissen oder Watte im Bett liegen kann. Weinerliche Gemütsverfassung, Todesangst. An der Lunge Bronchitis und Emphysem. Am Herzen Myokarditis. Im Blutbild Vermehrung der eosinophilen Zellen, 14%, und der Mastzellen. Mehrere gonorrhoische Urethralstrikturen.

Diagnose: Pityriasis rubra Hebrae.

Behandlung: Patient erhält innerlich Digalen, jeden zweiten Tag Terpichinspritzen, und äußerlich abwechselnd Ungt. leniens, Aq. chamom., Vaseline adust. āā 50,0, Eumattan 30,0, Sol. suprarenini ad 200,0, Leinöl mit $^1/_2$% Karbolsäure und Pasta stearinica mit 10% Leinöl. Unter dieser Behandlung nahm noch schneller als in dem ersten Fall nicht nur der Juckreiz, sondern auch die Anschwellung der Körperhaut ab. Auch in diesem Falle bildeten sich zu gleicher Zeit mit der Abnahme der Krankheitserscheinungen einige Pyodermien. Im Oktober des Jahres plötzlicher Fieberanstieg auf 40° ohne Schüttelfrost. Im Blutbild keine Malariaplasmodien, starke Eosinophilie 27%. Das Fieber setzte sich in den nächsten Tagen fort, verschwand dann bis Mitte des Monats unter Chinindosen. Eine bakteriologische Blutuntersuchung vom 14. X. ergab hämolytische Streptokokken und Staphylokokken. Am 17. X. Temperatursteigerung über 39°, Schub von Follikulitiden auf Rücken und Beinen. Anschwellung der rechten Leistendrüsen, rechter Fuß und Unterschenkel ödematös. Urin o. B.

Puls etwas dünn. Digalen, Chinin, Salzsäure. Frostgefühl und Juckreiz erheblich gebessert, dagegen hat Pat. das Gefühl „wie wenn jeder Faden des Bettuches schmerze". Im Stuhl keine Darmparasiten. Am 29. X. erneut hämolytische Staphylokokken im Blut. Im November Allgemeinbefinden gut. Ende November histolgischer Befund einer exzidierten Hautstelle: Chronisch entzündlicher Prozeß der Kutiskapillaren und Präkapillaren. Ein am Gefäßbaum sich haltendes Plasmom. In der Tiefe Leukozytenemigration, die an einzelnen Stellen des Knötchens bedeutend ist. Anfang Dezember ergab der Blutbefund wieder Staphylokokken. Mitte Dezember zeitigt das Blutbild 17% Eosinophilie. Die Haut ist weich und geschmeidig, keine Rötung, keine Schuppung. Im Verlauf der nächsten Zeit stellten sich wiederholt Schübe von kleinen Bläschen ein, welche zuerst den Eindruck von miliaren subkutanen Knötchen machten. Dieselben verursachten Jucken, aber kein Fieber. Das Allgemeinbefinden ist nicht mehr gestört. Ende Februar sind auf der Blutplatte hämolytische Staphylokokken gewachsen. Ätzung der Knötchen mit flüssiger Karbolsäure. Gegen die Follikulitiden Zinkoxyd-Quecksilberoxyd-Guttaplast. Anhaltende Besserung. Unter Zinkleim geht die Anschwellung der Beine im März zurück. Blutbild: Polynukleäre Leukozyten 66%, kleine Lymphozyten 22%, basophile Leukozyten 2%, eosinophile Leukozyten 2%. 20. V. Pondorff schwach positiv. 10. VII. keine neuen Stellen mehr. Subjektiv und objektiv befriedigender Zustand. Einzelne neue Stellen werden mit Karbolsäure geätzt. Salizylwaschungen und Einreibungen mit modifizierter Lichensalbe (P. G. Unna).

Ende 1922: Patient ist objektiv als geheilt zu betrachten. Abgesehen von quaddelartigen juckenden Effloreszenzen an verschiedenen Körperstellen, chronischem Rachenkatarrh, gelegentlichem Kopfjucken und Beschwerden seiner alten Gonorrhoe sind objektiv keinerlei Erscheinungen nachzuweisen, subjektiv dagegen hypochondrische Anwandlungen. Pat. bleibt noch bis Ende April zur Beobachtung und Behandlung in der Klinik und wird dann als geheilt nach Hause entlassen.

Fall 3: B. H., 45jähr. holländischer Kaufmann, aufgenommen 17. III, 1924, fast geheilt entlassen am 4. V. 1924.

Wieder aufgenommen am 26. X. 1924, fast geheilt entlassen 16. XI. 1924.

Es handelt sich um eine seit 25 Jahren bestehende Pityriasis rubra Hebrae. Pat. hat während dieser Zeit fast sämtliche Autoritäten seines Heimatlandes konsultiert und ist mit allen in Betracht kommenden äußeren und inneren Mitteln behandelt worden.

Befund: Innere Organe o. B. Muskelschmerzen im Gebiet der Arme und Beine sowie im Nacken und Rücken, Steifigkeit im Nacken, Unfähigkeit, die geschwollenen Finger zu krümmen. Schmerzen in den Gelenken der Wirbelsäule, in Schultern und Fingergelenken. Haut des ganzen Körpers lebhaft gerötet, geschwollen und gespannt, fühlt sich dünn, pergamentartig an. An einzelnen Stellen lokale Hyperkeratose. Intensive

Digitized by Google

Schuppung, geringes Jucken. Schuppung teils lamellös, teils kleienartig. Gesichtshaut gespannt, Vorsprünge der Nase und Ohren zeigen atrophische, blasse, fest anliegende Haut. Mimik infolge der gespannten Haut sehr eingeschränkt. Untere Augenlider durch den atrophischen Prozeß nach unten zu ektropioniert, so daß das Weiße der Sklera aus dem roten Gesicht auffällig hervorsticht. Bedeutende Bindehautentzündung beider Augen.

Haut der Finger ebenfalls atrophisch, ödematös, fest über die Unterlage gespannt, von blauroter Farbe. Finger klauenförmig gebogen, Nägel verdickt, in zwei Dimensionen gewölbt und besitzen das Aussehen von Tierklauen (Hyperkeratosis subungualis und Onychogryphosis). Fingerkuppen außerordentlich schmerzempfindlich. Pat. klagt über rheumatische Schmerzen in Hals und Schultern. Taubeneigroße Anschwellung der Leistendrüsen. Blutbefund normal.

Diagnose: Pityriasis rubra Hebrae.

Behandlung: Täglich ein Tintenbad, innerlich Aspirin und Melubrin intravenös, äußerlich Ungt. leniens, Aq. chamom., Vaseline alust., Eumattan, Sol. suprarenini āā 200,0. An den schmerzhaften Körperteilen Kampferchloralsalbenmull.

Verlauf: Unter dem Einfluß der als sehr angenehm empfundenen Bäder und der kühlenden Salbe rapider Rückgang aller Hauterscheinungen. Ende April ist die Schuppung fast vollkommen verschwunden, die Gelenkschmerzen haben sich, besonders nachdem Pat. seit Ende April regelmäßig massiert wird, bedeutend gebessert. Pat. wird wegen geschäftlicher Verhältnisse auf Wunsch nach Hause beurlaubt, um die Kur im Herbst wieder fortzusetzen.

Bei seiner Wiederaufnahme im Oktober ist die Haut des ganzen Körpers geschmeidig, fühlt sich weich an, das Hautkolorit ist rosarot, die Schuppung gering, Bewegung des Halses und der anderen Gelenke sind ziemlich gut ausführbar und schmerzen nicht. Pat. hält nur noch den Kopf etwas steif. Schwellungen nur noch im Gebiete der linken und rechten Hand, mit Kontrakturstellung der Finger.

Behandlung: Verstärkte Tintenbäder und die alte Salbe bringen die Haut innerhalb einiger Wochen in fast völlig normalen Zustand. Der Heilerfolg wird vom Pat. und von den Ärzten auf das Suprarenin zurückgeführt,, welches dem Pat. bei seiner auf Wunsch erfolgten Entlassung mit auf den Weg gegeben wird. Bei einer späteren Vorstellung des Pat. war die Körperhaut fast völlig normal. Nur die Haut der Fingergelenke zeigte noch Spuren von Schwellung und Bewegungsbeschränkung. Pat. setzt die Kur zu Hause fort.

(Schluß folgt)

Aus dem Ambulatorium der Drs. Delbanco und Haas in Hamburg

Zum Problem des teleangiektatischen Granuloms

Von

Prof. Ernst Delbanco

Mit 6 Abbildungen im Text

Über diese Affektion haben wir uns zusammenfassend 1926 in der W. m. W. in der Finger-Festnummer geäußert. Unsere histologische Auffassung haben wir an dieser Stelle begründet.

Mit unserem gemeinsamen Lehrer Nauwerck vertreten Konjetzny und wir die Auffassung, daß es sich bei dieser Geschwulstform nicht um ein entzündliches Granulom, sondern um eine echte Geschwulstbildung — um ein Angiom bzw. Angiofibrom — handelt. Wir halten die Meinung Konjetznys für sehr glücklich, die von einem proliferierenden Angiom spricht. Aber die überwiegende Mehrheit der Autoren nimmt ein Granulom mit besonders weiten Gefäßschlingen an. Die Auffassung eines Angioms stempelt die Affektion mit allem, was die Klinik über sie gelehrt hat, zu einem äußerst fesselnden Problem, welches tief hineingreift in die Geschwulstgenese.

Digitized by Google

Darüber aber sind sich alle Autoren, welche über die Affektion gearbeitet haben, einig — die sicherlich sehr gute Bearbeitung von HEINRICH HOFFMANN in dem Handbuch der Hautkrankheiten wird uns die erschöpfende Literaturübersicht bringen —, daß die synonyme Bezeichnung der sog. menschlichen Botryomykose endgültig schwinden muß. Unseres Erachtens wird es auch dazu kommen, das „teleangiektatische Granulom" als solches fallen zu lassen und in die Namengebung das „Angiom" aufzunehmen.

So ganz selten ist diese Affektion gewiß nicht.

Verdanken wir doch ASCHOFF die private Mitteilung vom Mai 1926, daß er „allein im letzten Jahr 6 typische Fälle vom Finger, von der Lippe, von der Zunge sammeln konnte."

Abb. 1. Zunge. Fall WOLFSON-WOHLWILL. Vergr. 21 : 1

Die praktische Bedeutung der noch immer zu wenig bekannten und diagnostizierten Geschwulst erhellt aus folgendem Fall.

Unter dem 23. März 1928 ging uns von dem Pathologen des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, Professor WOHLWILL, ein Zungenpräparat mit folgenden Begleitzeilen zu:

„Zum ersten Male wurde Ende Februar eine Probeexzision gemacht und von anderer Seite ein Karzinom angenommen. Das Präparat wurde mir zur Begutachtung vorgelegt; es war wenig schön, doch konnte man Karzinom ablehnen. Ich nahm ein Angiom an. Der Schnitt wurde dann nach FAHR zur Oberbegutachtung vorgelegt, der Lymphangiom diagnostizierte. Jetzt ist nach wenig mehr als 14 Tagen ein Rezidiv aufgetreten, dem das vorliegende Präparat entstammt. Ich glaube ziemlich sicher, daß es sich um die von Ihnen studierte Affektion handelt, auch die Manschettenbildung ist deutlich. Da die Angehörigen der Patientin sehr ängstlich sind, und sich mit diesem kleinen, erbsengroßen Gebilde bisher einschließlich der Pathologen nicht weniger als 8 Ärzte befaßt haben, so wäre ich Ihnen ..."

Digitized by Google

Herrn Dr. WILH. WOLFSON in Hamburg, dem behandelnden Arzt der Lübecker Patientin, verdanken wir folgenden Krankenbericht:

12. März Entbindung, 2 Tage darauf warzenähnlich aufsitzende bewegliche Geschwulst an der Spitze der Zunge. Wann dieselbe entstanden ist, nicht feststellbar, angeblich einige Tage vor der Entbindung. Probe-Exzision 4 Tage später. Pathologisch-anatomische Diagnose: Prof. KAFKA, Prof. WOHLWILL: Hämangiom. 10 Tage später tiefe Keil-Exzision aus der Zunge (Dr. ZÖPFFEL). Pathologisch-anatomische Diagnose: Prof. WOHLWILL: Teleangiektatisches Granulom (nach DELBANCO). Patientin ist 30 Jahre alt, war niemals krank. Eltern gesund, ebenso Geschwister. 3 normale Kinder.

Abb. 1 und 2 (mikroskopische Photogramme) geben das typische Bild des Angiofibroma wieder. Die genauere histologische Diagnose sei

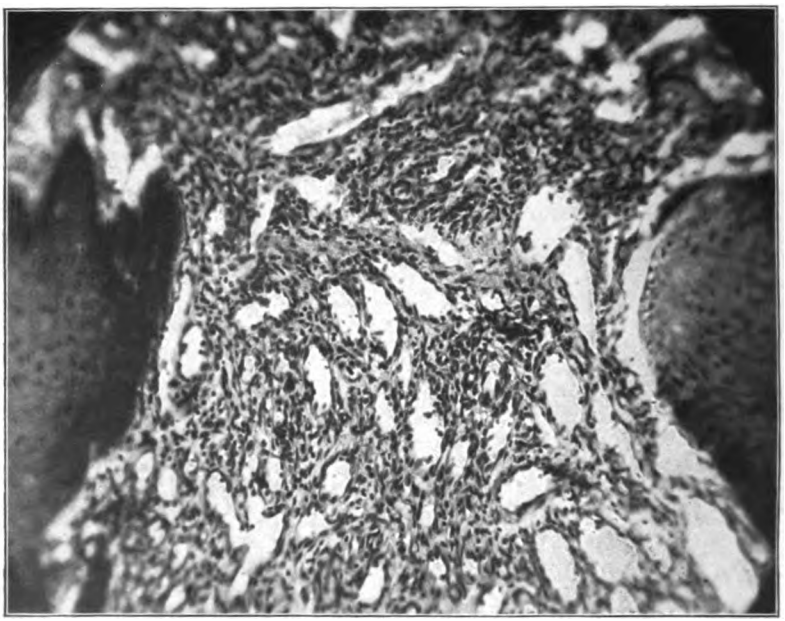


Abb. 2. Zunge. Fall WOLFSON-WOHLWILL. Vergr. 150:1. (Stiel der Geschwulst)

uns hier mit Rücksicht auf den beschränkten Platz und bei der Klarheit der Bilder erspart. Es ist aber von Wert, festzuhalten, daß Pathologen von dem Range FAHRS und WOHLWILLS an ein entzündliches Granulom überhaupt nicht gedacht haben.

Herrn Professor WOHLWILL verdankten wir in den letzten Wochen das weitere Präparat des von der Unterlippe stammenden Granuloma teleangiectaticum.

Abb. 3 zeigt wiederum das typische Bild, die Epithelmanschette um den Hals und die Kennzeichen des Angiofibroms. Die sekundären entzündlichen Erscheinungen sind leicht von der eigentlichen Geschwulst zu unterscheiden. Der Schrägschnitt hebt das Bild nicht in der klassischen Form heraus, wie wir sie in der FINGER-Festnummer[1]) niedergelegt haben.

[1]) Insgesamt sind es 6 Fälle, die wir mitteilen. 3 in der Finger-Festnummer, 3 in dieser kurzen Mitteilung. Die Mikrophotogramme wurden wieder im Hamb. Tropen-Institut mit dem Zeißschen Apparat von Herrn Plett aufgenommen.

Digitized by Google

Innerhalb der letzten Wochen ist uns dann noch ein dritter Fall von Herrn Dr. PERCY ZADIK überwiesen worden. Die Diagnose war auch hier nicht sofort gestellt worden. Es handelte sich um einen 20jährigen jungen Menschen, dem unterhalb der linken Brustwarze die etwa linsengroße gestielte, pilzförmige, leicht blutende, rote Geschwulst, welche er seit 8 Wochen gemerkt hatte, mit der Schere fortgenommen worden war. Der Tumor war schnell rezidiviert.

Mit heiler, in diesem Fall wieder ergänzter, Epitheldecke, ohne daß diese also von neuem durchbrochen oder durchwachsen war, wurde die kleine Geschwulst von meinem Mitarbeiter Dr. HAAS weit im Gesunden exstirpiert. Schnitte, die gelegt wurden: 1. durch die von ZADIK

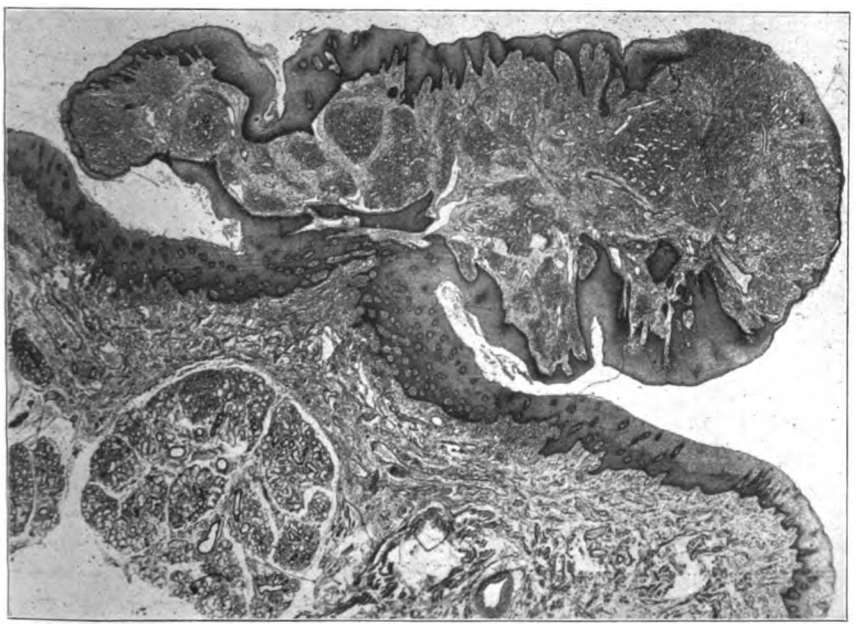


Abb. 3. Unterlippe. Fall WOHLWILL. Vergr. 12:1

abgeschnittene Geschwulst und 2. durch den exstirpierten kleinen Rezidivtumor, haben hier ihre mikrophotographische Wiedergabe gefunden (Abb. 4 und 5).

Das Erhaltenbleiben der Epitheldecke dürfte bei Wiedergabe dieser Affektion zu den Seltenheiten gehören, nur in dem Stadium der ersten Entwicklung zur Beobachtung kommen. In dem ZADIKschen Fall überwiegt das Fibrom gegenüber dem Angiom.

Der Histologe wird hier wiederum die Diagnose eines Angiofibroma stellen. Ein Geflecht von Kapillaren mit gut ausgebildeten Endothelien und in das Lumen vorgetriebenen Wandungen infolge der interangiomatösen fibromatösen Wucherung. In unseren 3 neuen Fällen ist histologisch in der Kutis das angiofibromatose Gewebe nachweisbar, ebenso (unterhalb der Epitheldecke) seitlich von dem Stiel bzw. der Durchbruchsstelle. Das ist differentialdiagnostisch wichtiger als das Vorhandensein der Epithelmanschette, die natürlich nur relativen Wert hat.

Bezüglich eines histologischen Protokolls müßten wir uns aus unserer ersten Arbeit wiederholen. Bemerken möchten wir nur, daß die herausgenommene Geschwulst mit sterilem Messer durchtrennt wurde, und daß von der Schnittfläche

Digitized by Google

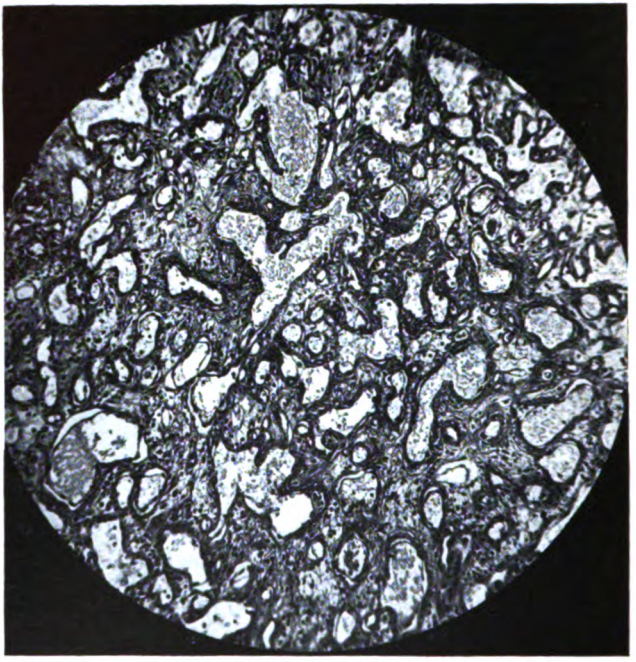


Abb. 4. Brust. Fall Zadik. Abgeschnittener Primärtumor. Vergr. 80 : 1

Abb. 5. Brust. Fall Zadik. Frisches Rezidiv. Vergr. 32 : 1

Digitized by Google

auf verschiedene Nährböden geimpft wurde. Das Wachsen weißer Staphylokokken in Reinkultur haben wir von neuem beobachtet. Die relative Bedeutung dieses Befundes haben andere und wir genügend skizziert.

Zum Unterschied und zum Vergleich mit den bislang skizzierten Fällen sei uns noch die mikrophotographische Wiedergabe eines Falles gestattet, bei dem es sich um eine Wucherung am Stimmband handelt.

Das Präparat verdanken wir ebenfalls Herrn Prof. WOHLWILL. Hier handelt es sich u. E. um ein einfaches, entzündliches, zell- und gefäßreiches Granulom, an welchem die verschiedenen Formen der Granulationszellen gut studiert werden können. U. E. hätte sich der Granulationspfropf zu einer Narbe bzw. narbigen Verdickung des Stimmbandes zurückgebildet, wenn er sich selbst

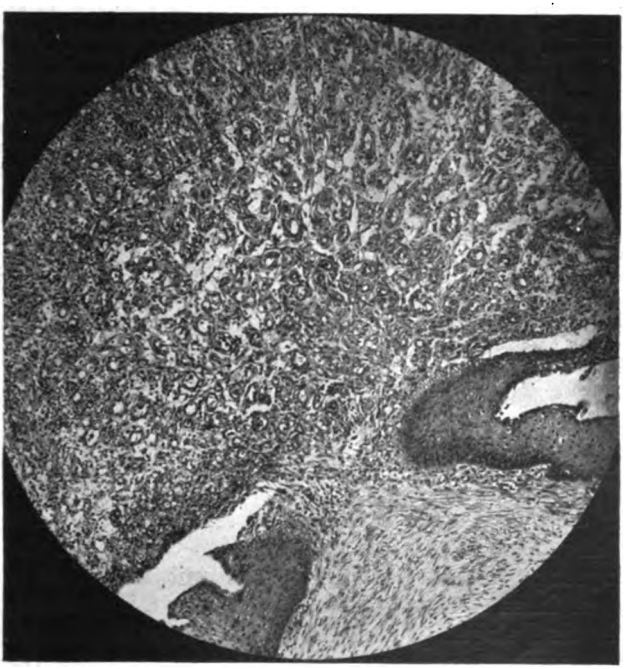


Abb. 6. Stimmband. Granulationsgeschwulst. Vergr. 57 : 1

überlassen geblieben wäre. Sein Wachsen nach außen, über die Oberfläche hinaus, erklärt sich aus dem Widerstand der „Unterlage". Wir halten es für unrichtig, in Fällen gestielter Tumoren, wenn sie von einem gefäßreichen Granulom gebildet werden, von einem Granuloma teleangiectaticum spurium zu sprechen oder überhaupt jegliches Granuloma pediculatum zu dem Krankheitsbild des teleangiektatischen Granuloms in irgend eine Beziehung zu setzen. Bei dem Stimmbandgranulom war übrigens subepithelial von einer Wucherung nichts zu entdecken, wohl aber eine einseitige kurzstreckige Epithelbekleidung.

ASCHOFF und seiner Schule im Verein mit dem Chirurgen KÜTTNER verdanken wir in Deutschland die Kenntnis dieser Geschwulst. Herr Geheimrat ASCHOFF hat uns erlaubt, aus einem Briefwechsel, welchen wir mit ihm über die Pathogenese dieser Geschwulst hatten, eine Reihe von Sätzen zu zitieren. In diesen hat der hervor-

Digitized by Google

ragende Pathologe in einer unseres Erachtens kaum zu übertreffenden Form das eigentliche Problem entwickelt.

„Ich kann mich nicht grundsätzlich in dieser Frage entscheiden. Wenn wir vom morphologischen Standpunkte aus unter Geschwulst im engeren Sinne etwas Fortschreitendes, etwas dauernd Wachsendes verstehen, welches zur Verdrängung oder Zerstörung anderer Gewebe führt, so könnte man die vorliegenden Granulome schwerlich dazu rechnen. Andererseits muß man zugeben, daß das Maß der Gefäßentwicklung weit hinausgeht über das, was man im gewöhnlichen Granulationsgewebe sieht. Es muß hier also ein besonderer Reiz auf das angioblastische Keimgewebe ausgeübt werden. Noch merkwürdiger ist, daß diese sich neu bildenden Geschwülste sich in der Tat zu einem angiomartigen Gebilde zusammenlagern. Man kann mit Recht davon sprechen, daß das Bild einer angiomatösen Geschwulst hervorgerufen wird.

Der Vergleich dieser Gebilde mit Geschwülsten ist aber um so schwieriger, als ja die Mehrzahl der sogenannten Angiome Gewebsmißbildungen sind, also Geschwulstanlagen, aber noch keine fortschreitenden Geschwülste, wenn sie auch in dieselben übergehen können. Wenn man vom biologischen Standpunkte aus unter Geschwulstanlagen (Gewebsmißbildungen) und Geschwülsten alle diejenigen Gewebsmißbildungen versteht, welche nicht unter den Begriff einer regenerativ-reparativen oder defensiven Wucherung fallen, so würde man bei diesen Granulomen sich fragen müssen, wieweit die Gefäßneubildungen noch einen defensiven bzw. reparativ-regenerativen Charakter tragen. Ich muß zugeben, daß, gemessen an unseren bisherigen Erfahrungen, die Gefäßneubildungen über das gewöhnliche Maß defensiver oder reparativ-regenerativer Prozesse hinausgehen. Es könnten daher dieselben bereits in die Gruppe jener Spätwirkungen chronischer Reize hineingehören, die wir nicht mehr in meßbare Beziehungen zum ursprünglichen Reiz setzen können, weil sie uns vorläufig unbekannte Wucherungstendenzen der Zellen auslösen. Zu solchen Spätwirkungen gehören ja die Teerkrebse, die Röntgenkrebse usw. Was mich aber wieder abhält, diese Granulome schon in die Gruppe solcher Spätwirkungen einzureihen, ist erstens die schnelle Entwicklung derselben und zweitens ihre strenge Begrenzung. Ich möchte daher glauben, daß doch nur eine defensive oder reparative Reaktion vorliegt, deren eigentümlicher Charakter durch die Art des Virus und durch die Wirkung in einer bestimmten Schicht der Kutis hervorgerufen ist. Ich möchte daher meinerseits bei der Diagnose Granuloma teleangiectodes stehenbleiben."

So sehr diese Zeilen die Stellung der Minorität, zu welcher wir uns zählen, bedrängen, so wenig möchten wir das Grundsätzliche der Fragestellung eingeengt wissen. Wir sagen es mit Rücksicht darauf, daß Gefäßschlingen ihren Ausgangspunkt immer von Gefäßschlingen nehmen, ob wir sie in das Feingefüge eines Granuloms oder eines echten Blastoms eingeschaltet sehen. Der mesenchymale Ursprung beider Gewächse, des Angiofibroms sowie der Granulationszellformen, darf die Kernfrage nicht verschieben, gerade bei voller Würdigung und im Lichte der MAXIMOWschen Arbeiten über die Herkunft der entzündlichen Elemente.

In unserer ersten Arbeit haben wir der weitreichenden Beziehungen des teleangiektatischen Granuloms zur Verruga peruviana gedacht.

Der Vollständigkeit halber sei zum Schluß erwähnt, daß uns in dem II. Bande der GANSschen Histologie der Hautkrankheiten aufstieß, daß der Autor sich in seinem ausgezeichneten Kapitel der Kaposischen Krankheit, des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, differentialdiagnostisch mit dem teleangiektatischen Granulom auseinandersetzt.

Digitized by Google

Aus der Dermatol. Klinik des Allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. H. RITTER)

Histologische Untersuchungen von Achselhöhlenhaut bei beiden Geschlechtern und in verschiedenen Lebensaltern

(Vorläufiger Bericht)

Von

Dr. C. L. KARRENBERG, Sekundärarzt der Klinik

In der Sitzung vom 27. April der Dermatologischen Gesellschaft Hamburg-Altona habe ich unter Demonstration von etwa 60 histologischen Diapositiven über die an unserer Klinik vorgenommenen systematischen Untersuchungen von Achselhöhlenhaut bei beiden Geschlechtern und in verschiedenen Lebensaltern in extenso berichtet; im folgenden sollen unsere Ergebnisse kurz mitgeteilt werden. Im übrigen sei auf die später erscheinende ausführliche Darstellung, die nach Abschluß von etwa 500 Untersuchungen geplant ist und die auch Abbildungen bringen wird, verwiesen.

Zur Verwendung kam die Achselhöhlenhaut von 165 Leichen; das Pathologische Institut unseres Krankenhauses stellte uns das Material zur Verfügung, wofür seinem Leiter, Herrn Prof. WOHLWILL, auch an dieser Stelle herzlichst gedankt sei. Die Haut wurde unmittelbar in der Fossa axillaris exzidiert; Fixierung in Formalin, Paraffineinbettung, Färbungen: Hämatoxylin-Eosin, VAN GIESON, UNNA-PAPPENHEIM, saures Orzein-Kresylechtviolett. Bei vielen Präparaten wurden Serienschnitte angelegt.

Über die Verteilung auf Geschlechter und Lebensalter gibt die beifolgende Tabelle Auskunft:

Alter:	männlich:	weiblich:
neugeboren	3	3
0—1 Jahr	11	8
1—10 Jahre	4	2
10—20 „	2	1
20—40 „	11	9
40—60 „	22	18
60—80 „	27	29
über 80 „	2	13
Summe:	82 Fälle	83 Fälle.

Im Hinblick auf die Zusammensetzung unseres Materials, bei dem Haut von 10—20jährigen Individuen fast vollkommen fehlt, haben wir verschiedene Fragestellungen unberücksichtigt gelassen, die sich aus der obengenannten Tatsache ergeben (Zeitpunkt des Eintrittes der Funktion von apokrinen Drüsen usw.). Wir richteten in erster Linie unser Augenmerk auf folgende, in der Literatur bislang wenig oder different beantwortete Fragen:

Digitized by Google

a) Vorkommen apokriner Drüsen beim Kind, zahlenmäßige Unterschiede bei männlichen und weiblichen Individuen.

b) Zahlenmäßige Unterschiede der apokrinen Drüsen bei männlichen und weiblichen Erwachsenen.

c) Zeitpunkt des Eintrittes einer Rückbildung der apokrinen Drüsen.

d) Veränderungen an den Follikeln bei normaler Haut.

Die übrigen schwebenden Fragen, vor allem die Frage der Funktionsabhängigkeit apokriner Drüsen vom Sexualzyklus, sollen in einer späteren Mitteilung Berücksichtigung finden.

Systematische Untersuchungen von Achselhöhlenhaut sind, abgesehen von einigen wenigen älteren Autoren, in neuerer Zeit lediglich von DEL BANCO, weiterhin von HERZENBERG vorgenommen worden; von der letztgenannten Autorin liegt ein ausführlicher Bericht vor, auf den nachdrücklichst verwiesen sei (Virchows Archiv, 1927, Bd. 266, S. 422); dort auch weitere Literatur!

a) Vorkommen apokriner Drüsen beim Kind

Neben hypothetischen Angaben SCHIEFFERDECKERS und kurzen Bemerkungen KYRLES finden wir in der Literatur lediglich noch bei HERZENBERG genauere Angaben. KYRLE beschrieb in seiner Histobiologie die Axillardrüsen beim Neugeborenen als ein Konvolut lumenloser Schläuche ohne jegliche Anzeichen irgend einer Funktion; erst mit Beginn der Pubertät findet sich ein deutlicher apokriner Sekretionstyp, nachdem bereits vorher mehr oder weniger deutliche Ansätze dazu vorhanden waren. HERZENBERG stellte bei Neugeborenen fast nur in der Achselhöhle a-Drüsenkomplexe fest, die sich im Zustande vollkommener Funktionsuntüchtigkeit befanden; vom 3. bis 5. Monat fanden sich Bilder, die bereits deutlicher apokrine Drüsen als solche erkennen ließen; funktionstüchtig wurden die Drüsen offenbar erst bei Einsetzen der Pubertät, ein Zeitpunkt, der bei weiblichen Individuen zusammenfiel mit den ersten Menses, bei männlichen dagegen weitgehenden individuellen Schwankungen unterlag.

Bei unseren 6 Fällen von Neugeborenen fanden sich im Fettgewebe eigenartig solide, mit einer Membran umgebene und dadurch in sich abgeschlossene Komplexe, die keinerlei Lumen erkennen ließen; bei starker Vergrößerung hatte man in einigen Präparaten den Eindruck des „Schlauchförmigen" dadurch, daß die äußere Zellreihe besser gefärbt war wie die innen gelegenen Zellen, daß deren Form auch etwas mehr kubisch war. Im großen und ganzen erinnerten diese Komplexe kaum an a-Drüsen, eine Tatsache, die auch HERZENBERG hervorhebt. Was ihre Zahl angeht, so konnten an Hand des kleinen Materials keine Schlüsse gezogen werden; Unterschiede fanden sich bei den Geschlechtern nicht.

Die unter der Rubrik 0—1 Jahr in der Tabelle angeführten 19 Fälle verteilen sich wie folgt: 1 Monat 3 Fälle, 2 Monate 2, 3 Monate 1, 4 Monate 1, 5 Monate 2, 6 Monate 1, 7 Monate 2, 8 Monate 1, 9 Monate 3 und 11 Monate 3 Fälle. Die Fälle im Alter von 1—3 Monaten ließen im Prinzip fast das gleiche Bild wie beim Neugeborenen erkennen; erst von diesem Zeitpunkt ab bemerkte man, teils noch im subkutanen Fettgewebe, teils bereits an der Kutisgrenze, tubulär gebaute Drüsenläppchen bzw.

Digitized by Google

Schläuche mit einem mehr oder weniger deutlichen Lumen. Absonderungserscheinungen irgend welcher Art, auch die von HERZENBERG hervorgehobenen „homogenen oder körnigen Massen" im Lumen haben wir nicht finden können. Vergleichende Untersuchungen an den Präparaten von den oben genauer differenzierten, bis zu einem Jahre alten Individuen ergaben, daß in manchen Fällen dieser Status bereits im 5. Monat, bei anderen wiederum erst im 8. Monat erreicht ist und daß er scheinbar — das konnte auch an den Präparaten der nächstfolgenden Rubrik (1—10 Jahre) festgestellt werden — im wesentlichen stationär bleibt. Sekretion in irgend einer Form war auch jetzt noch nicht festzustellen. In einem Falle fanden sich die oben beschriebenen progressiven Veränderungen bereits bei einem 4 Wochen alten Knaben, scheinbar ein Zeichen dafür, daß sie individuell verschieden früh auftreten können.

Wir können in diesem Punkte die Ergebnisse der HERZENBERGschen Untersuchungen also bestätigen.

Was nun die Zahl dieser Drüsenkomplexe betrifft, so haben wir uns von einem prinzipiellen Unterschied bei männlichen und weiblichen Individuen nicht überzeugen können; im allgemeinen war — auch in Serienschnitten — die Zahl der Drüsenkomplexe gering, bei einigen waren sie etwas zahlreicher anzutreffen, unbeschadet darum, ob es sich um Kinder männlichen oder weiblichen Geschlechts handelte. Desgleichen konnten wir keine deutlichere Ausbildung der oben beschriebenen physiologischen Veränderungen bei männlichen Individuen gegenüber weiblichen feststellen. In dieser Hinsicht stehen unsere Ergebnisse im Gegensatz zu denjenigen von HERZENBERG und LUENEBURG (Inaug.-Diss. Rostock 1902) einerseits, die beim Knaben ein Vorherrschen in bezug auf progressive Entwicklung und Ausbreitung der a-Drüsen gegenüber dem weiblichen Kind annehmen zu müssen glaubten, wie andererseits zu der Annahme SCHIEFFERDECKERS, daß mit zunehmendem Alter die a-Drüsen beim Knaben ausgiebiger atrophieren wie beim Mädchen. Weitere Untersuchungen werden zur Klärung dieser Frage erforderlich sein, vor allem über die letztgenannte Ansicht einer weiteren postfötalen Abnahme der a-Drüsen. HERZENBERG lehnt sie ab; wir glauben ebenfalls kaum auf Grund unserer Untersuchungen, daß eine solche tatsächlich statthat.

Jedenfalls ist als Gesamtresümee dieser Untersuchungen der a-Drüsen beim Kinde schon die weitgehende, nicht an die Geschlechter als solche gebundene, individuelle Verschiedenheit hervorzuheben, die in den folgenden Ausführungen noch mehrfach eine Rolle spielen wird.

b) Zahlenmäßige Unterschiede der a-Drüsen bei männlichen und weiblichen Erwachsenen

SCHIEFFERDECKER und KYRLE nahmen an, daß Frauen generell mehr a-Drüsen besäßen wie Männer; ersterer nimmt auf Grund dessen sogar eine höhere Entwicklungsstufe des Mannes gegenüber der Frau an. HERZENBERG lehnt auf Grund ihrer Untersuchungen diese Unterschiede speziell für den russischen Mann ab; sie stellte fest, daß „die Ausbreitung der a-Drüsen beim Manne derjenigen des Weibes nicht nachsteht resp. ein diesbezüglicher Unterschied in der Drüsenausbildung bei beiden Geschlechtern nicht besteht".

Digitized by Google

Was HERZENBERG für den russischen Mann beobachtete, können wir für den deutschen voll und ganz bestätigen. Laut unserer Tabelle untersuchten wir die Achselhöhlenhaut von 62 erwachsenen Männern und verglichen sie mit derjenigen von 69 erwachsenen Frauen, Alter von 20 bis über 80 Jahre. Aus unseren Untersuchungen konnten wir auf keinen Fall ersehen, daß generell etwa zahlenmäßig der Mann weniger a-Drüsen hat wie die Frau; wir fanden bei vielen Männern zahlreiche, mitunter das ganze Gesichtsfeld einnehmende a-Drüsenkomplexe, bei vielen Frauen dagegen nur wenige; das Alter spielte hierbei keine Rolle. Jedenfalls hat man auch hier mit weitgehenden individuellen Schwankungen zu rechnen, ähnlich denjenigen, die man bereits beim Kinde feststellen konnte. Diese in verschiedenen Lebensaltern festgestellte Tatsache scheint uns übrigens auch gegen SCHIEFFERDECKER und für die HERZENBERGsche Feststellung zu sprechen, daß „das Kind zur Welt kommt mit einer für seine Spezies ganz bestimmten, wenn auch individuell verschiedenen Menge im weiteren bestehen bleibender apokriner Drüsen".

Dagegen glauben wir doch in einer Beziehung einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen a-Drüsenkomplexen in unseren Präparaten feststellen zu können, nämlich in bezug auf die zyklische Sekretion der a-Drüsen. Es ist hier nicht der Ort, auf die mancherlei Beeinflussungsmöglichkeiten der a-Drüsenfunktion speziell bei der Frau durch Menstrualzyklus und Gravidität einzugehen (LOESCHKE, REBAUDI, SEITZ, WAELSCH, HERZENBERG u. a.); als neuestes Ergebnis sei lediglich die Feststellung von HERZENBERG angegeben, daß bei der Frau die a-Drüsen unabhängig vom Menstrualzyklus während des ganzen Lebens, wenn auch mäßig, funktionieren, daß weiterhin die Menstruation einen eindeutigen Einfluß auf deren Absonderungsvorgänge ausübt und daß endlich während der Gravidität die a-Drüsenkomplexe eine Steigerung ihrer Größe und Verstärkung ihrer Funktion erfahren. Die gleiche Autorin konnte auch beobachten, daß beim Manne sich sehr selten alle a-Drüsen in ein und derselben Absonderungsphase befinden, daß im Gegenteil man in jedem Präparat mehrere Zyklen beobachten kann. Hier liegt nach unseren Feststellungen ein gewisser Unterschied, daß nämlich die beim Manne gefundenen Bilder der Sekretionsphasen mehr polymorph sind gegenüber den bei der Frau angetroffenen Zyklen. Beim Manne sahen wir fast durchweg voll funktionierende Drüsenkomplexe neben vollkommen ruhenden, letztere neben schwach funktionierenden — die Polymorphie beherrschte zweifellos das histologische Bild. Bei der Frau dagegen war doch meist ein wesentlicher Funktionstyp zu beobachten: entweder durchweg volle Funktion oder durchweg Post- bzw. Präfunktion; wir sagen ausdrücklich „durchweg", um anzudeuten, daß auch hier naturgemäß zwei Zyklen nebeneinander bestehen können, die allerdings kaum zu der beim Manne beobachteten Polymorphie des histologischen Bildes führen. Nicht tangiert hiervon wird die Frage des Zusammenhanges zwischen Sexualzyklus, Gravidität und Drüsenfunktion, die wir in der späteren ausführlichen Darstellung in extenso prüfen werden. Bemerkenswerterweise konnten wir aber in den Schnitten weiblicher Individuen in höheren Lebensaltern (60 bis über 80 Jahre) eine

Digitized by Google

gegenüber den in den Präparaten bis ungefähr zum 5. Lebensjahrzehnt bedeutend stärkere Polymorphie der Sekretionsphasen finden, eine Beobachtung, die unseres Erachtens doch auch indirekt darauf hinweist, daß durch den Sexualzyklus der Frau die Drüsenfunktion in durchaus eindeutiger Weise beeinflußt wird.

HERZENBERG wies in den Sekretgranulis beim Manne in etwa 40% der Fälle eine positive Eisenreaktion nach; bei Frauen fehlte diese Reaktion durchweg; sie folgert daraus auf einen verschiedenen Stoffwechsel des männlichen und weiblichen Organismus generell. Wir haben über diese Reaktion keine Erfahrungen.

Jedenfalls kann man zusammenfassend sagen, daß rein zahlenmäßig man mit weitgehenden individuellen Schwankungen hinsichtlich des Vorkommens apokriner Drüsen beim Manne und bei der Frau zu rechnen hat; der einzigste Unterschied, den wir an unserem Material feststellen konnten, waren einheitlichere Bilder der Sekretionsphasen bei der Frau gegenüber den beim Manne beobachteten mehr polymorphen Verhältnissen, eine Tatsache, die uns indirekt für die weitgehende Beeinflussung der Drüsenfunktion durch den Sexualzyklus der Frau zu sprechen scheint.

Mit diesen Feststellungen finden auch die widersprechenden Angaben über die Histologie der FOX-FORDYCEschen Erkrankung, speziell über Vermehrung der apokrinen Drüsen (BLOCH-BURNIER), ihre Erledigung und Erklärung (WALTER, KARNOWSKY-DOBAK, Lit. bei ALEXANDER im Handbuch, Bd. 6, T. 1).

(Schluß folgt)

Aus der Universitäts-Kinderklinik, Hamburg-Eppendorf
(Direktor: Prof. Dr. KLEINSCHMIDT)

Untersuchungen bei Pemphigoid der Neugeborenen und exfoliativem Pemphigoid (Dermatitis exfoliativa RITTER)

Von

Dr. WALTER POCKELS

Die Dermatitis exfoliativa (RITTER VON RITTERSHAIN) in ihren Beziehungen zum Pemphigoid der Neugeborenen hat bis in die letzte Zeit von seiten verschiedener Autoren stark voneinander abweichende Beurteilung gefunden. RITTER VON RITTERSHAIN selbst war der Ansicht, daß das Pemphigoid der Neugeborenen (Pemphigus acutus neonatorum) mit der von ihm beschriebenen Dermatitis exfoliativa nichts gemein habe und betonte im Gegensatze zum Pemphigoid der Neugeborenen den Mangel an Kontagiosität der exfoliativen Dermatitis. Diesem dualistischen Standpunkt schlossen sich zahlreiche Pädiater und Dermatologen an, so KAPOSI, DARIER, HEUBNER, BAGINSKY und andere. Es muß zugegeben werden, daß der rein dermatologische Aspekt beider Krankheitsprozesse so grundverschieden voneinander ist wie etwa der des Pemphigus vulgaris zum Unterschied von dem des Pemphigus foliaceus. Beim Pemphigus acutus

Digitized by Google

neonatorum steht bekanntlich im Vordergrund das Aufschießen von stecknadelkopf- bis fünfmarkstückgroßen Blasen, die zuerst mit einer serösen, später getrübten Flüssigkeit gefüllt sind. Die Blasen platzen bald, und es liegt das gerötete Korium frei, am Rande die eingerollten Epithelfetzen; die Stellen trocknen ein, und es entstehen gleichzeitig und in verschiedenen Abständen neue Blasen. Treten sie in großer Anzahl nebeneinander auf, können sie zusammenfließen, und wir sehen eine mehr flächenhafte Ausdehnung. Die Blasen beginnen mit Vorliebe am Bauch, der Leistengegend und den Oberschenkeln, können aber überall auftreten. Die Krankheit tritt schubweise auf, läßt dann allmählich nach und geht in Heilung über.

Das ganze Krankheitsbild zeigt in dieser Form und diesem Verlauf einen völlig gutartigen Charakter. Unsere Fälle betrafen meistens Säuglinge im Alter von 5 Tagen bis zu 4 Wochen. Die ersten Blasen entstanden auch hier gewöhnlich am Stamm, seltener an den Extremitäten, oft auf der Basis einer Pyodermie, die anscheinend vom Einnässen der Oberschenkel herrührte. Interessant war, daß der Pemphigus bei den Säuglingen, bei denen er sich hauptsächlich an den Fingern oder Zehen lokalisierte, weit hartnäckiger blieb als bei anderen Fällen.

Dagegen sieht man bei der Dermatitis exfoliativa Ritter, die ja heute ein sehr selten gesehenes Krankheitsbild darstellt, als Hauptsymptom die Epidermolysis, d. h. an scheinbar noch gesunden Stellen hebt sich die Epidermis in großen Fetzen bei leichter Berührung ab. Anfangs finden sich die schon oben gekennzeichneten Blasen, nur daß sie noch viel mehr die Neigung zur Vergrößerung und zum Zusammenfließen haben. Schließlich liegt, besonders durch die fortschreitende Epidermolysis, fast am ganzen Körper das Korium frei. Dies Krankheitsbild zeigt einen sehr bösartigen Verlauf. Die Mortalität schwankt zwischen 50—75%. Unsere Kinder hatten dabei meistens beschleunigte und oberflächliche Atmung. Außer einem Kinde zeigten alle keine Temperaturen. Dabei tranken die Kinder fast alle bis zum Schluß gut. Ein Teil der Kinder war sehr unruhig, andere lagen dagegen völlig regungslos da. Der Tod trat meistens im Kollaps ein, von sieben Kindern starben fünf.

Trotz dieser Unterschiede hat sich in neuester Zeit der unitaristische Standpunkt weitgehendst durchzusetzen vermocht, besonders auf Grund der Bearbeitung von Jadassohn, Leiner, Knöpfelmacher, Richter, Wieland und anderen. Dieser Auffassung nach ist die Dermatitis exfoliativa Ritter nichts anderes als eine besonders schwere Form des Pemphigus der Neugeborenen, entsprechend der Schwere der Erkrankung ausgezeichnet durch eine sehr hohe Letalität. Nur Finkelstein hält auch heute noch an der alten dualistischen Auffassung, wie sie von Ritter von Rittershain vertreten wurde, fest.

Da wir im letzten Jahr Gelegenheit hatten, eine Epidemie von 70 Pemphigoid-Erkrankungen zu beobachten, und in deren Rahmen das Auftreten von 7 Fällen von Dermatitis exfoliativa, glaubten wir die Gelegenheit benutzen zu müssen, um in diesem Meinungsstreit weiterhin klärende Aufschlüsse zu liefern. Für außerordentlich wichtig erscheint uns dabei der Umstand, daß alle 70 Patienten, und natürlich darunter auch noch die 7 exfoliativen Fälle, die wir innerhalb von 9 Monaten zu sehen bekamen, aus ein und derselben Entbindungsanstalt stammten, so daß wir fast jeden

Digitized by Google

Patienten vom Anfang bis zum Ende seiner Erkrankung in genauester Beobachtung hatten, besonders da wir bei geringstem Verdacht sofort von der Entbindungsanstalt gerufen wurden. Wir können aus diesem Grunde wohl sagen, daß wir vom ersten Bläschen bis zur Abheilung genau über jede Änderung und den ganzen Verlauf der Erkrankung orientiert waren. Der Übergang eines ganz normalen Pemphigus neonatorum in ein exfoliatives Stadium war dabei klinisch oft so eindeutig, daß ich hier kurz einige Fälle beschreiben will.

Ein Kind bekam am 9. V. an der rechten Schulter und an beiden Fußgelenken Bläschen und wurde mit der Diagnose Pemphigus neonatorum zu uns verlegt. Das Befinden war zufriedenstellend. Es trank gut. Es zeigten sich bis zum 13. V. keine neuen Blasen, auch hatten die vorhandenen nicht die geringste Neigung zur Vergrößerung oder zum Zusammenfließen. Erst am 13. V. trat je eine Blase an der linken großen Zehe, beiden Daumen, der Innenfläche des linken Oberschenkels, am Kinn und am rechten inneren Augenwinkel auf.

Am 14. V. Epidermolysis, und nun zeigte sich ein völlig foudroyant verlaufendes, exfoliatives Krankheitsbild.

Am 15. V. Exitus.

Ein anderes Kind bekam das erste Bläschen am 14. VI.

Am 17. VI. zwei neue linsengroße Blasen auf der rechten Wange.

Am 18. VI. zwei weitere linsengroße Blasen am unteren Kinn.

Keine Veränderung des übrigen Zustands.

In der Nacht vom 19. auf den 20. Verschlechterung des Allgemeinbefindens und erstes Auftreten des Epidermolysis. Erst jetzt zeigen die Blasen eine Neigung zur Vergrößerung.

Abgesehen von einem Fall, der mit Blasen im Gesicht und den Beugeflächen beider Arme begann, traten bei allen übrigen exfoliativen Fällen die Bläschen nicht zuerst im Gesicht auf. Die oben beschriebenen zwei Kinder zeigten 5 bis 6 Tage lang das Bild eines völlig gutartigen Pemphigus neonatorum, um dann erst exfoliativ zu werden. Während dieser 5 bis 6 Tage zeigten die Blasen nicht die geringste Neigung zur Vergrößerung oder zum Zusammenfließen. Rein klinisch müssen wir danach bei unseren exfoliativen Fällen als einzigen Unterschied eben die Epidermolysis anerkennen. Der Charakter der Blasen und ihre Lokalisation war in keiner Weise von dem des einfachen Pemphigus neonatorum verschieden.

Auf die histologische Untersuchung haben wir geglaubt verzichten zu können, da es sich nach den Untersuchungen DELBANCOS, LEINERS, KNÖPFELMACHERS u. a. um identische, nur graduell verschiedene Hautveränderungen beim Pemphigoid der Neugeborenen und der Dermatitis exfoliativa RITTER handelt.

Daß das Pemphigoid der Neugeborenen durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufen wird, kann seit den grundlegenden Studien JADASSOHNS auf diesem Gebiete als ziemlich sichergestellt gelten. Danach wäre das Pemphigoid aufzufassen als eine exogene Pyodermie, die sich als Impetigo bullosa staphylogenes bezeichnen ließe. Im Gegensatz zu der Impetigo contagiosa der Kinder und Erwachsenen, die ja erfahrungsgemäß durch Streptokokken hervorgerufen wird, sind die Erreger des

Digitized by Google

Pemphigus Staphylokokken. Daß aber auch bei Erwachsenen eine besondere, auch klinisch unterscheidbare, durch Staphylokokken hervorgerufene Impetigoform vorkommt, die also in unmittelbarer Parallele zum Pemphigoid der Neugeborenen steht, wurde durch LEWANDOWSKYS Bearbeitung sichergestellt. Für uns galt es nunmehr zu entscheiden, ob die in den Pemphigusblasen nachzuweisenden Staphylokokken von anderweitig vorkommenden Staphylokokken-Stämmen zu differenzieren sind, ob sie also eine besondere Art darstellen. Zunächst sei noch ausdrücklich hervorgehoben, daß wir bei der unter allen Kautelen vorgenommenen Untersuchung des Blaseninhaltes in sämtlichen Fällen von Pemphigus Staphylokokken fanden, niemals Streptokokken oder andere Bakterien, womit wiederum die staphylogene Natur der Erkrankung bestätigt wird. Bei einem Fall von exfoliativem Pemphigoid gelang es auch aus dem Blute Staphylokokken zu züchten.

Es wurde versucht, biologische Unterschiede zwischen den aus Pemphigusblasen gezüchteten Staphylokokken und anderen Aureusstämmen festzustellen. UNNAS Beobachtung in bezug auf kegelförmigere Verflüssigung im Gelatinestich bei Pemphigusstaphylokokken konnte von mir bei Anwendung zahlreicher Kontrollen nicht bestätigt werden, da das gleiche Phänomen auch bei anderen Staphylokokken aus Abszessen und Furunkeln vorkam. Genau so verhielt es sich mit der Farbstoffbildung, die wir auf verschiedenen Nährböden prüften. Zur Prüfung verwandten wir folgende drei Nährböden: Schrägagar, LÖFFLERS Hammelserum und Kartoffel. Auf allen dreien waren keine wesentlichen Unterschiede zu bemerken; die Pemphigusstaphylokokken wiesen genau dieselben Farbnuancen auf, wie die aus Abszessen gezüchteten Aureusstämme. Wir verglichen die Stämme in zahlreichen Versuchen bezüglich ihres Wachstums auf verschiedenen Nährböden, wobei wir außer den oben genannten auch Bouillon und Peptonwasser benutzten. Dann prüften wir die Milchkoagulation, die aber bei den Pemphigus- wie bei den Kontrollstämmen gleich rasch erfolgte. Was die Hämolyse betrifft, die wir auf Blutagarplatten beobachteten, so waren keine Unterschiede zu bemerken. Die Prüfung auf Indolbildung war bei allen Stämmen negativ.

(Schluß folgt)

Aus der Lupusstation der Universitäts-Hautklinik zu Hamburg

Die primäre exogene Infektion der Nasenschleimhaut mit Tuberkulose in ihrer immunisatorischen Bedeutung

Von

Prof. P. WICHMANN

Die Pathogenese einer Tuberkulose der inneren Nase kann sehr verschiedenartig sein. Die lymphogene, hämatogene Entstehung, die Entstehung per contiguitatem tritt gegenüber der durch Kontakt oder aerogen bewirkten Infektion erheblich zurück. Das erweist nicht nur die Beobachtung der Krankheitsentstehung, das erweist auch der in der Nase erhobene Befund der Lokalisation. Wenn MYGIND (1) fand, daß von 129 Lupusfällen der

Digitized by Google

inneren Nase in 77% die Nasenscheidewand, in 62% die untere Muschel ergriffen war, wenn ALBANUS (2) beide Lokalisationen in über 75% der Fälle feststellte, so wird hierdurch dargetan, daß die für Kontakt- und für aerogene Infektionen typischen Haftungsstellen die höchsten Zahlen aufweisen, mithin diese Infektionsmodi in der Pathogenese der Tuberkulose des Naseninneren die größte Rolle spielen. Diese Infektionen können primär sein oder auch als Superinfektion in Erscheinung treten, wobei neben der Kontaktinfektion mit fremdem Stamm auch an die Autoinokulation zu denken ist.

Das Material, welches dieser Arbeit zugrunde liegt, bezieht sich auf 100 Fälle, in denen eine primäre exogene Infektion der Nasenschleimhaut mit Tuberkulose als sicher oder doch als höchst wahrscheinlich anzunehmen ist.

In über der Hälfte dieser Fälle, nämlich 51 (Gruppe 1), ist diese Annahme durch den Befund des Initialherdes in der Nase gestützt. Der übrige Organismus erwies sich, abgesehen von dem Übergreifen des Initialherdes auf die Haut und von einzelnen Haut- und Knochenmetastasen als tuberkulosefrei. Insbesondere ergab auch die röntgenologische Untersuchung der Lungen sowohl bei den Durchleuchtungen wie Plattenaufnahmen nicht den geringsten Anhalt für das Bestehen einer Tuberkulose. 16 mal beginnt die Tuberkulose in frühester Kindheit. Diese Zahl, ermittelt durch die Angaben der Patienten, ist natürlich höchst ungenau und dürfte als zu niedrig anzusehen sein, da gerade die Tuberkulose im Naseninnern jahrelang symptomlos verlaufen kann und sich schmerzlos ausbreitet. In allen diesen Fällen besteht eine mehr oder minder große Perforation der Nasenscheidewand, 49 mal war die Haut sekundär durch Übergreifen des Initialherdes auf die äußere Nasenhaut ergriffen, 23 mal sind später geringe Metastasen an Haut oder Knochen aufgetreten, 23 mal verzeichnet die Krankengeschichte die Entwicklung der Nasentuberkulose als zunächst sehr progredient, bis dieselbe im Laufe der Jahre stationär wurde. Wenn wir von den Haut- und Knochenmetastasen (23 Fälle) absehen, ist es zu einer Weiterverbreitung der Tuberkulose über den Primärkomplex hinaus, insbesondere zu der Entwicklung einer inneren Tuberkulose, nicht gekommen.

Eine 2. Gruppe (27 Fälle) weist bei ausgeprägtem Herd in der Nase (Septum) geringfügige, nur röntgenologisch feststellbare Veränderungen im Hilus und in den Lungen auf. Auch bei dieser Gruppe zeigen sämtliche Fälle eine Perforation der Nasenscheidewand. 24 mal wird dieselbe als besonders groß und destruktiv bezeichnet, 21 mal ist die Nasen- und Gesichtshaut durch einen wesentlich in Erscheinung tretenden Lupusherd der äußeren Haut sekundär ergriffen, 10 mal ist es zu kleinen Hautmetastasen an weitergelegenen Körperstellen gekommen. Die röntgenologischen Befunde auf den Lungen werden als verdächtige, leichte Verschleierungen, kleine verkalkte Hilusherde usw. bezeichnet; eine wesentliche Bedeutung wird ihnen nicht zugemessen.

Die 3. Gruppe (22 Fälle) endlich zeigt außer einem mit Perforation des Septums einhergehenden Herd des Naseninnern, der 10 mal als sehr destruktiv bezeichnet wird, 21 mal einen sekundären Herd an der äußeren Nasenhaut bzw. den Wangen, 13 mal Hautmetastasen an Stamm und

Digitized by Google

Gliedern und in sämtlichen Fällen einen ausgeprägten tuberkulösen Herd im Hilus bzw. den Lungen auf der Röntgenplatte. Es sind dies einseitige und doppelseitige Spitzen- und Ohrlappentuberkulosen produktiven und indurierenden Charakters, abgelaufene Pleuritiden, stärkere Hilusherde.

In dieser 2. und 3. Gruppe kann außer dem Einwand der Superinfektion auch noch der der Metastase in dem Sinne vorgebracht werden, daß der Primärkomplex auf der Lunge entstand, welcher weiterhin eine Metastasierung veranlaßte, eine Autoinokulation herbeiführte oder durch eine exogene Superinfektion mit fremdem Stamm kompliziert wurde.

Kann eine derartige Annahme in der Gruppe 2, wo neben einem meist sehr destruktiven, jedenfalls sehr erheblichen Nasenbefund, eine geringfügige Lungenaffektion besteht, zwar nicht völlig abgelehnt, aber doch als unwahrscheinlich bezeichnet werden, so ist für beide Gruppen geltend zu machen, daß Autoinokulation bzw. Metastasen im allgemeinen, wie unser großes Material uns zeigte, nie die Progressivität annehmen, wie wir sie im Nasenherd beider Gruppen vor uns sehen, es sei denn, daß es sich um heruntergekommene, negativ anergische Individuen handelt, bei denen Autoinokulation auf Haut und Schleimhaut einen deletären Verlauf nehmen kann. Bei keinem unserer Kranken bestand eine derartige Anergie. Superinfektion mit fremdem Stamm scheint eine ausschlaggebende Bedeutung in der Pathologie der Hauttuberkulose nur ausnahmsweise zu haben. Bestimmend bleiben letzten Endes meistens die Primärinfektionen mit ihren weiteren Konsequenzen. Wir sind aus diesem Grunde geneigt, auch die Fälle der Gruppen 2 und 3 als solche Primärkomplexe aufzufassen, die von der Infektion der Nasenschleimhaut ihren Ausgang genommen haben.

Uns interessiert vor allem die Frage, ob die primäre Infektion der Nasenschleimhaut, die wir in Gruppe 1 als sicher erwiesen halten, eine immunisatorische Bedeutung im Sinne eines Tuberkuloseschutzes hat. Um letztere zu ergründen, müssen wir nochmals auf die Pathogenese zurückgreifen. Im Gegensatz zur primären Hautinfektion findet in der weichen Faltenbildung der Nasenschleimhaut durch den bohrenden Finger oder aerogen offenbar eine viel bessere Haftung statt, wie in der Haut. Dazu kommt, daß die zarte Schleimhaut, das mit Lymphwegen und Blutgefäßen reich ausgestattete Naseninnere, dem Tuberkelbazillus ganz andere Ausbreitungsmöglichkeiten bietet wie die Haut. Aus diesen Bedingungen heraus entwickelt sich der ungleich destruktivere Verlauf des Primärkomplexes, der in sämtlichen Fällen eine Perforation des Septums, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Haut sekundär ergreift, ja sogar in erheblichem Prozentsatz geringe Metastasen an Haut und Knochen zeitigt. Dann aber ist die Tuberkulose in Gruppe 1 stationär geworden. Eine weitere Verschleppung der Keime findet nicht mehr statt; der innere Organismus erweist sich als tuberkulosefrei.

Würde die Schleimhautinfektion an sich bereits zur Entwicklung hervorragender immunisatorischer Kräfte geführt haben, so würde es nicht erst zur Destruktion des Knorpels, zum Übergreifen auf die Haut gekommen sein. Wir sehen, daß erst nach erfolgter Ausbreitung im Sinne einer Lymphdurchseuchung eine relative Immunität

Digitized by Google

eintritt. Man könnte daran denken, daß der Haut durch Entwicklung der Hautherde in der Entwicklung dieser Immunität eine hervorragende Rolle zukäme, dann müßten die Fälle mit Hautkomplikationen einen größeren Tuberkuloseschutz zeigen als die Fälle ohne solche, was sich nicht erweisen läßt. Ich habe diese Frage bereits eingehend durch diesbezügliche Untersuchungen über die primäre exogene Infektion der Haut mit Tuberkulose (3) erörtert und bin dabei zu dem Schluß gekommen, daß der Haut an sich eine wesentlich aktive Rolle in der Produktion der Immunkörper bei Tuberkulose kaum zukommt, daß aber der günstige Infektionsmodus bei der primären Hautinfektion, die langsame Entwicklung derselben in dem schlechten Milieu der Haut und die hierdurch bedingte allmähliche Einstellung des Organismus auf Infektion und Anreicherung der Immunkörper zweifellos günstige Immunitätsverhältnisse herbeiführt. Diese Annahme, daß dem Hauptepithel eine wesentlich aktive Rolle in der Immunkörperbereitung nicht zukommt, wird vor allem auch durch die Erfahrungen bei der experimentellen Superinfektion (4) gestützt. Bei der Infektion der Nasenschleimhaut sind nun, wie hervorgehoben, die Infektionsbedingungen recht günstig. Hier tritt offenbar bei starker Haftung eine starke Vermehrung, eine schnelle und massige Impfung mit Tuberkelbazillen ein, die infolgedessen zu starker lokaler Destruktion führt und eine allgemeine Infektion herbeiführt, der der Organismus in vielen Fällen nicht genügende Abwehrmaßregeln entgegenstellen kann. Gegenüber der reinen primären Hautinfektion (3), bei welcher 100% Tuberkulosefreiheit zu verzeichnen ist, ist in Gruppe 1 daher ein Weiterschreiten der Infektion bemerkbar, die hier nach Ergriffensein der äußeren Haut in annähernd der Hälfte der Fälle noch Metastasen zeitigt. In der 2. Gruppe kommt es in sämtlichen 27 Eällen zu geringfügigen Lungenveränderungen, die nur röntgenologisch nachweisbar sind, also auch hier wieder zur Entwicklung einer relativen, praktisch freilich sehr guten Immunität, die aber erst nach erfolgter Durchseuchuug eintritt.

In der 3. Gruppe endlich reicht diese mit der Durchseuchung verbundene Resistenz nicht aus, um größere Herde auf den Lungen zu verhüten. Diese Lungenherde als tertiäre Entwicklungsformen der meist schon in der Kindheit erworbenen Primärkomplexe der Nasenschleimhaut können bei sinkender Immunität für den Träger verderblich werden. Wir verfügen über 4 Fälle, bei denen eine solche Primärinfektion der Nasenschleimhaut bis zum Tode beobachtet werden konnte. Die Sektion wies in 3 Fällen eine frische, diffuse Aussaat von Tuberkeln in den ausgedehnten inveterierten Lungenherden als Todesursache auf, die kaum anders als das Wiederaufflackern der Tertiärform bei gesunkener Immunität gedeutet werden kann.

Literatur

1. Mygind, Berichte aus Finsens med. Lysinst. 1906. — 2. Albanus, Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., Bd. 27, H. 2. — 3. Wichmann, Derm. Zschr., 1928, Bd. 53. — 4. Wichmann, D. m. W., 1927, N. 52.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Altona (Prof. Dr. Bruck)

Mikrostomie infolge Cheilitis interstitialis luetica

Von

C. Bruck

Mit 1 Abbildung im Text

Die tertiäre Lues der Lippenschleimhäute äußert sich in der Regel in Form tubero-serpiginöser, oft von der äußeren Haut auf die Schleimhaut übergreifender Prozesse oder in Form multipler oder isolierter Gummata. Bei beiden Erscheinungen sind ulzerative Vorgänge, wenn nicht die Regel, so doch verhältnismäßig häufig, und durch die infolge Therapie oder Selbstheilung eintretende Vernarbung derartiger spezifischer Geschwüre können mehr oder weniger schwere Verunstaltungen des Mundeinganges entstehen.

Ungemein selten ist jedoch die chronische diffus infiltrierende Form der spezifischen Cheilitis, die wohl zuerst Fournier als „diffuses Syphilom" der Lippe beschrieben hat. Es sei daher folgender bemerkenswerter Fall kurz mitgeteilt.

74jähriger Mann wird in verwahrlostem und desolatem Zustande im wahrsten Sinne als „Haut und Knochen" eingeliefert. Anamnese infolge der Senilität des völlig alleinstehenden Patienten erschwert. Nur so viel ist festzustellen, daß Patient als junger Mensch ein Geschwür am Genitale hatte, das er selbst mit Salbe behandelte. Er war 39 Jahre verheiratet, die Frau soll einen Abort gehabt haben. Vor etwa 20 Jahren habe der Patient eine aus Blasen und Pusteln bestehende Flechte im Gesicht gehabt, die er auf den Rat eines Freundes mit einem Tee aus Wacholderbeeren behandelt hat, die er auf einem Friedhof sammeln mußte. Der Ausschlag sei auch nach einiger Zeit abgeheilt. Im übrigen habe er sich immer wohl befunden, bis er vor etwa 9 Jahren Schwellungen der Lippen- und Wangenschleimhaut bemerkte, die das Öffnen des Mundes erschwerten. Die Unterlippe sei immer dicker, die Mundöffnung immer enger geworden, die Zähne des Ober- und Unterkiefers seien ausgefallen und schließlich habe er nur noch flüssige Nahrung durch einen kleinen seitlichen Spalt eingießen können. Offene Stellen oder Geschwüre an der Lippe oder im Munde habe er nie beobachtet. Auch Schmerzen hat ihm der Krankheitsprozeß nicht bereitet. Durch die erschwerte Nahrungsaufnahme sei er immer mehr und mehr heruntergekommen, so daß er vor Schwäche nicht mehr gehen und stehen und für seinen Lebensunterhalt sorgen konnte. Er habe sich daher in das Krankenhaus aufnehmen lassen müssen.

Status: Aufs äußerste abgemagerter Greis. Körperhaut trocken und schilfernd, an den Extremitäten atrophisch, sonst zeigt die Haut des Stammes und der Extremitäten nichts Besonderes. An den inneren Organen außer einem rauhen 2. Aortenton kein krankhafter Befund nachweisbar. Puls klein. — Pupillen reagieren prompt. Patellarreflexe nicht auszulösen. Kein Babinski. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen. — Urin Spur Eiweiß. Einige granulierte Zylinder. Blutserum: WR (Kaup); Aktivkomplementbindung (Bruck); MTR; BR sämtlich positiv. — Die Gesichtshaut ist, insbesondere an der Stirn, der Nasen- und Kinngegend, bedeckt mit unregelmäßigen, scharf umschriebenen weißlich glänzenden, linsen- bis pfennigstückgroßen, teilweise konfluierenden Narben. Die Mundpartie ist rüsselförmig vorgetrieben, die Backenhaut wie in Pfeifstellung eingezogen, von livider Farbe und mit zahlreichen Teleangiektasien durchsetzt. Die Unterlippe zeigt eine etwa dreifache Volumenzunahme, hängt sackartig nach unten und fühlt sich in toto etwas indurierl an. Einzelne Knötchen sind nicht palpabel. Die ektropionierte Schleimhaut ist blaurot und trocken, mit weißlichen Schüppchen bedeckt.

Digitized by Google

Die Mundwinkel sind etwas verdickt, die Grenzen von Haut und Schleimhaut verwaschen, aber nirgends geschwürige Prozesse, Einziehungen oder Narben zu sehen. Bei Aufforderung kann der Mund kaum geöffnet werden. Die zahnlosen Kiefer, deren Gelenke frei sind, liegen medial und links fest aneinander, und nur an der rechten Seite findet sich infolge einer größeren Zahnlücke ein etwa 2 cm breiter Spalt, durch den ein kleiner Teil der Mundhöhle besichtigt und durch den die Zunge etwa 3 cm hervorgestreckt werden kann. Soweit sichtbar an der Zunge und Mundschleimhaut keinerlei Veränderung (s. Abb. 1).

Die Sektion des später an einem Magenkarzinom zugrunde gegangenen Patienten ergab außer beiderseits völlig verschwielten Hoden keine für Lues charakteristischen Veränderungen innerer Organe.

Histologischer Befund der Unterlippe (Professor Hueter): Schleimhautepithel sehr atrophisch, Papillen verstrichen, stellenweise ganz fehlend. Schleimhaut schwielig umgewandelt mit Reduktion des elastischen Gewebes. Geringe herdförmige Infiltration, einige Plasmazellen. Fettgewebe zwischen Schleimhaut und Muskulatur abnorm entwickelt, die Muskelbündel durch Fettgewebe auseinandergedrängt. Stärkere Entzündungserscheinungen in der Submukosa fehlen. An Schleimdrüsen und Gefäßen keine Veränderungen.

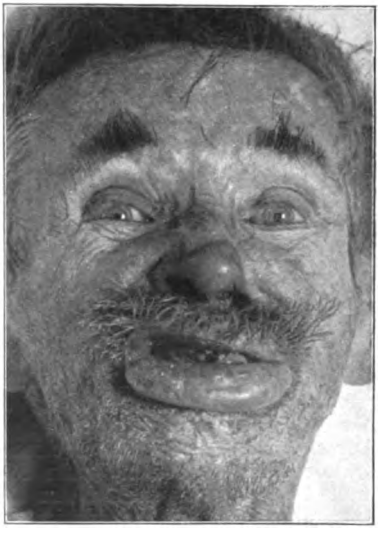


Abb. 1. Cheilitis interstitialis luetica

Wir sehen also an unserem völlig unbehandelten Falle tertiärer Lues die Folgezustände einer diffusen interstitiellen Cheilitis luetica, die zu einer Atrophie des muskulösen Gewebes, zu einer elefantiastischen Verdickung der Unterlippe (Makrocheilia luetica [Gerber]) und zu einer hochgradigen Stenosierung des Mundes geführt hat, also eine Teilerscheinung jenes äußerst seltenen Krankheitsbildes, das Neumann als Leontiasis luetica bezeichnete. Daß diese Prozesse in diesem Stadium auch durch eine spezifische Behandlung nicht mehr beeinflußt werden, kann nicht wundernehmen, da das zugrunde gegangene Gewebe nicht mehr ersetzt und die Bindegewebswucherungen nicht mehr beseitigt werden können. In der Tat war auch bei unserem Fall die in Anbetracht des hohen Alters sehr vorsichtig eingeleitete antiluetische Behandlung wirkungslos.

Für die Diagnose dürften derartige Erscheinungen dann keine Schwierigkeiten bieten, wenn, wie in unserem Falle, die Anamnese einen Anhaltspunkt gibt, die Serumreaktionen positiv sind und Narben früherer tertiär luetischer Prozesse auf die Ätiologie hinweisen. Fehlen diese Hilfsmittel, so kann allenfalls differentialdiagnostisch, da eine Verwechslung mit Sklerodermie des Gesichts kaum möglich ist, das von Volkmann beschriebene, ebenfalls sehr seltene Krankheitsbild der Cheilitis glandularis apostomatosa in Frage kommen, das ein ähnliches klinisches Aussehen bieten kann. Doch wird man hier durch die als hirsekorn- bis erbsengroße Knötchen zu sehenden und zu fühlenden Lippendrüsen, die ein glasiges Sekret absondern, auf die bei diesen Prozessen prävalierende Rolle der Schleimdrüsen hingewiesen werden.

Digitized by Google

Der mitgeteilte Fall dürfte nicht nur seiner Seltenheit wegen von Interesse sein, sondern er liefert auch einen lehrreichen Beitrag zur Frage der sogenannten Naturheilung bzw. Naturheilbehandlung der Syphilis. Glücklicherweise sieht man ja solche schweren und entstellenden tertiären Prozesse bei uns nur selten und dann fast ausschließlich bei solchen Personen, die, wie unser Fall, niemals spezifisch behandelt worden sind. Wenn man sie aber sieht, muß man — um von den Naturheilkünstlern ganz zu schweigen — über den Mut jener Ärzte staunen, die auf Grund theoretischer Erwägungen und nebelhafter immunbiologischer Vorstellungen eine intensive spezifische Behandlung der Syphilis ablehnen zu müssen glauben, um „den natürlichen Krankheitsablauf nicht zu stören". Eine rechtzeitige spezifische Behandlung hätte bei unserem Patienten die schweren Erscheinungen verhütet, bzw. zum Rückgang gebracht — die Naturheilung der Syphilis machte ihn zum hilflosen Krüppel.

Aus der Universitäts-Augenklinik Hamburg-Eppendorf (Direktor: Prof. Dr. Behr)

Über einen Fall von Gumma sclerae

Von

Hans Meves, Assistenzarzt

Mit 1 Abbildung im Text

Da es bei luischen Erkrankungen des Auges nur selten zu einer Beteiligung der Sklera kommt, hat folgender Fall, auch speziell für den Nichtophthalmologen, ein besonderes Interesse.

Anamnese: Der 25jähr. Pat. hatte im Herbst 1927 eine Gonorrhoe durchgemacht. Im Januar 1928 leichte doppelseitige Kniegelenksentzündung, die nur symptomatisch behandelt wurde. Von einer luischen Infektion ist nichts bekannt. Am 13. VI. 28 bemerkte Pat. eine ohne Schmerzen verlaufende Rötung des linken Auges. Am 16. VI. suchte er einen Augenarzt auf, der eine starke ziliare Injektion, sowie entlang der oberen Hälfte des Hornhautrandes eine beinahe kleinbohnengroße, pralle Schwellung feststellte. Am 19. VI. begann oben innen am Limbus eine Hornhauttrübung der äußeren Schichten, der Tiefe und Fläche nach sich ausdehnend, die mit einer Ulzeration der Kornea direkt am Limbus einherging. Am 21. VI. trat eine sehr heftige Iritis mit massenhaftem Exsudat auf. Am 25. VI. stellten sich sehr heftige Schmerzen ein, es kam zu einer Druckerhöhung mit total getrübter Hornhaut und Epithelstichelung. Darauf wurde Patient der Universitäts-Augenklinik überwiesen.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 27. VI. bot sich folgender Befund: Links besteht eine leichte Schwellung und Rötung der Lider, das linke Auge wird krampfhaft geschlossen gehalten. Bei gewaltsamem Öffnen der Lider entströmen reichliche Mengen Tränenflüssigkeit. Im Konjunktivalsack findet sich etwas schleimig-eitriges Sekret, in dem Bakterien nicht nachzuweisen sind. Auch die Untersuchung auf Spirochäten ergibt ein negatives Resultat. Es besteht eine starke, blaurot gemischte, konjunktivale und ziliare Injektion. Direkt über dem oberen Hornhautrand erhebt sich in der Form und Größe einer horizontal gestellten Bohne aus der Sklera eine pralle, derb infiltrierte Geschwulst. Die über sie hinwegziehende stark vaskularisierte Bindehaut ist gegen die Geschwulst nicht verschieblich. Unterhalb dieser Geschwulst ist es am unterm Hornhautrand zu einer ulzerösen Einschmelzung der oberen und mittleren Hornhautschichten gekommen. Die Hornhautoberfläche ist diffus gestichelt. Sämtliche Hornhautschichten sind mit dichten fleckigen Trübungen durchsetzt, die Descemetsche Membran ist stark gefältelt. Die Hornhauttrübung ist so stark, daß Einzelheiten über Beschaffenheit des Kammerwassers

Digitized by Google

und der Iris nicht zu sehen sind, doch erkennt man, daß die Pupille (infolge von Anwendung von Miotizis) nicht über mittelweit ist. Die Tension ist deutlich gesteigert. Die Sehschärfe beträgt Lichtschein mit sicherer Projektion. Außer dem Augenbefund fand sich eine beiderseitige indolente Schwellung der Leistendrüsen. Sonst fand sich an Haut, Schleimhäuten, Drüsen oder inneren Organen kein krankhafter Befund, insbesondere kein Zeichen für Lues.

Trotzdem war die Diagnose „Gumma der Sklera" durch den typischen Befund gesichert. Daneben bestand eine Keratitis parenchymatosa. Eine energische antiluische Behandlung wurde eingeleitet, bestehend in kombinierter Schmierkur, Neosalvarsan und Joddarreichung, und zwar erhielt Pat. während der ersten 6 Behandlungstage 10 Gramm Jodkali täglich, sowie lokal Instillationen von 5%iger Jodkalilösung. Nach 6 Tagen wurde die tägliche Jodmenge herabgesetzt. Unter dieser Therapie besserte sich das Krankheitsbild rasch. Schon am 5. Tage war der Skleralbuckel eingeebnet, an seiner Stelle fand sich eine leicht braune Pigmentation, der Sklera. Es trat eine sehr rasche Vaskularisation des tiefen Randulkus ein, dessen Eindellung sich ausfüllte. Gleichzeitig stießen aber auch überall vom Limbus aus besenreiserartig Gefäße in die tieferen infiltrierten Hornhautschichten vor. Mit der Zunahme der Vaskularisation ist es zu einer Rückbildung des Infiltrates am oberen Hornhautrand und zu einer Aufhellung der Hornhauttrübungen gekommen. Zugleich hat sich die Sehschärfe gebessert, sie beträgt jetzt $^3/_{60}$. Eine stärkere Veränderung der jetzt gut erkennbaren Iris besteht nicht, es findet sich eine regelrechte Iriszeichnung, keine Knötchenbildung und keine Synechien. Das Kammerwasser ist leicht rauchig getrübt. Eine Beurteilung der Verhältnisse am Augenhintergrund ist noch nicht möglich.

Abb. 1. Linkes Auge. Man sieht die starke Trübung der Hornhaut, das grabenartige Ulkus am oberen Hornhautrand, darüber den sich über das übrige Niveau der Sklera erhebenden Sklerabuckel

Es handelt sich in diesem Falle um ein seltenes, aber gut charakterisiertes Krankheitsbild, um ein Gumma der Sklera.

Erkrankungen der Sklera auf luischer Basis sind außerordentlich selten. HOELSCHER fand unter 150 syphilitischen Augenerkrankungen, die während 3 Jahren an der Kieler Universitätsklinik beobachtet wurden, nur 3 Fälle von luischen Sklerainfektionen. Fälle von Gumma sclerae habe ich in der Literatur 47 zusammenstellen können, von denen die in neuerer Zeit von MELLER, PERLIS u. a. beschriebenen Fälle ganz ähnlich unserem Falle verlaufen sind. Das Krankheitsbild beginnt mit einer meist umschriebenen Rötung der Bindehaut, dann entwickelt sich oft sehr rasch eine schmerzlose, von der Bindehaut überzogene, scharf begrenzte Geschwulst, die bis Haselnußgröße erreichen und schließlich die Bewegung und den Schluß der Lider hindern kann. Die Geschwulst sitzt häufig in der Nähe des Hornhautrandes, sie kann bei größerer Ausdehnung bis zum Aequator bulbi reichen. Das Auge ist im übrigen oft völlig reizlos, häufig jedoch findet sich eine stärkere Keratitis und Iritis. Auch Glaskörpertrübungen, Chorioretinitis und Netzhautablösungen kommen als Komplikationen vor.

In besonders schöner Weise zeigt unser Fall die gute Beeinflußbarkeit des Prozesses durch die Therapie. Während es bei nicht genügend rechtzeitigem Einsetzen der Behandlung in wenigen Tagen zu einer Ulzeration mit Bildung eines kraterförmigen Geschwürs in der Mitte des skleralen Tumors kommen kann, so daß in einigen Fällen (UHTHOFF 1907) eine Enukleation des Bulbus erfolgen mußte, gelingt es mit einer spezifischen Therapie meistens die Geschwulst in wenigen Tagen zum

Digitized by Google

Rückgang zu bringen. Wichtiger als Salvarsan und Quecksilber ist dabei seiner schnellen Wirksamkeit wegen das Jod in möglichst hohen Dosen. Bei unserem Patienten konnten 10 g Jodkali ohne Beschwerden täglich gegeben und damit in 6 Tagen ein völliger Rückgang der Geschwulst erreicht werden.

Sehr interessant ist es, daß bei unserem Patienten, der keinerlei Zeichen einer kongenitalen Lues aufweist, sich im Anschluß an die Erkrankung der Sklera das typische klinische Bild einer Keratitis parenchymatosa entwickelt hat, ein Befund, der in wenigen Fällen auch früher beobachtet wurde, der aber im Zusammenhang mit den neueren Arbeiten von WESSELY, V. SZILY, SCHIECK, LÖWENSTEIN und anderen über die Pathogenese der Keratitis parenchymatosa, die als eine Anaphylaxieerkrankung aufgefaßt wird, ein besonderes Interesse und eine besondere Wichtigkeit gewinnt. Man muß annehmen, daß es aus dem direkt am Hornhautrand gelegenen Spirochätenherd zu einem dauernden Einwandern von Spirochäten oder ihren Toxinen in die in ihrer Ernährung geschädigte Hornhaut gekommen ist, daß dadurch eine Sensibilisierung der Hornhaut bewirkt ist und daß das reichliche Eindringen immer neuer Toxinmassen dann zu einer anaphylaktischen Reaktion geführt hat.

Aus der Dermatologischen Klinik des Allg. Krankenhauses St. Georg, Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. HANS RITTER)

Auftreten von tertiärsyphilitischen Erscheinungen nach Malariakur

Von

HANS RITTER

Folgenden äußerst interessanten Fall, der vielleicht einen Einblick in den Wirkungsmechanismus der Malariakur ermöglichen könnte, möchte ich hier kurz mitteilen.

Arthur J., 38 Jahre alt, Bohrer. Familienanamnese o. B. Nie ernstlich krank gewesen, auch angeblich nie geschlechtskrank. Oktober 1927 hatte Pat. einen Unfall, er stürzte vom Gerüst, hatte aber keine sichtbaren Verletzungen, ging auch am nächsten Tag wieder zur Arbeit; mußte diese jedoch wieder aufgeben, weil sich plötzlich eine linksseitige Lähmung einstellte, die seine Aufnahme in die psychiatrische Klinik Friedrichsberg notwendig machte.

Der Aufnahmebefund (Friedrichsberg) ist folgender: 25. X. 27. Mittelgroßer Mann in mäßigem Ernährungszustand, an der Haut keine Erscheinungen außer kleinen Narben an beiden Unterschenkeln, von Furunkeln herstammend. An den inneren Organen kein krankhafter Befund. Das klinische Bild wird beherrscht von einer totalen, halbseitigen Lähmung; Pat. ist im Bett vollkommen hilflos. Reflexe sämtlich gesteigert. Oppenheim negativ. Babinski negativ. Augen: Bewegungen frei, Pupillen mittelweit, l. eine Spur weiter als r., Reaktion auf Licht etwas langsam, verzögert, auf Konvergenz z. Z. nicht sicher zu prüfen. Fazialis: Mund l. paretisch, Zunge weicht nach l. ab. Sensibilität an der ganzen linken Körperseite für alle Qualitäten herabgesetzt. Sprache undeutlich. Augen: Protrusio des l. Bulbus. Stuhl und Wasserlassen o. B.

WR im Blut positiv, im Liquor sind die Eiweißreaktionen positiv, die WR bei 1,0 alkohol. norm. Extrakt positiv und die Normosalreaktion ergab eine Lues cerebri-Kurve.

Diagnose: Lues cerebri.

Digitized by Google

Die Behandlung bestand in einer Schmierkur, auf die hin die Lähmungen völlig zurückgingen. Am 16. XII. 27 sehr gebessert entlassen.

Am 7. II. 28 kommt er zur zweiten Aufnahme, um auf eigenen Wunsch eine Malariakur zu machen. Der Befund, auch der serologische im Liquor ist unverändert. Die Malariakur vertrug er nicht gut, er wurde auffallend blaß und leicht ikterisch, auch wurde der Puls trotz Cardiazol etwas weich, weshalb die Kur nach 9 Anfällen abgebrochen wurde.

Am 27. IV., also 4 Wochen nach dem letzten Malariaanfall, traten Hauterscheinungen auf, weswegen der Pat. der Hautklinik in St. Georg überwiesen wurde.

Hier ist von Interesse nur der Hautbefund: Auf dem Kopf, Nacken, Beinen, Brust und am deutlichsten auf beiden Oberarmen typische, etwa erbsen- bis pfennigstückgroße, mit dicken Borken bedeckte Lues III-Effloreszenzen. Auf dem linken Oberarm deutlich das Bild des Bombensyphilids und auf dem Kopf an einer Stelle ausgesprochene Nierenform.

Die WR im Blut stark positiv, die sämtlichen Liquorreaktionen interessanterweise negativ. Nach unseren Erfahrungen können wir dies nur auf die in Friedrichsberg durchgeführte Malariabehandlung zurückführen. Von unseren nach Hunderten zählenden mit Malaria behandelten Fällen mit positivem Liquor ist bei der Nachuntersuchung nicht einer positiv geblieben. Der Pat. bekam nun eine kombinierte Wismut-Salvarsan-Kur, unter der die syphilitischen Erscheinungen prompt abheilten. Die WR war zum Schluß nur noch schwach positiv.

Wir haben hier einen ganz eigenartigen Fall vor uns: Bei einem Falle von Lues cerebri wird durch die Malariakur der Liquor saniert, der Pat. klinisch geheilt, dafür tritt 4 Wochen nach Beendigung der Kur eine deutliche Lues III mit zahlreichen Hauterscheinungen auf.

Wie ist dieser Fall nun zu beurteilen? Naturgemäß ist gerade hier sehr große Kritik am Platze. Der Pat. hat nie in seinem Leben Hauterscheinungen oder überhaupt Erscheinungen einer Syphilis gehabt; in seinen Angaben ist er durchaus zuverlässig. Er stellt also einen jener Fälle dar, bei denen sich die Syphilis erst spät durch Erkrankung des Zentralnervensystems manifestiert.

Wir sind heute im allgemeinen geneigt, anzunehmen, daß zwischen metaluischen Erscheinungen und Hautmanifestationen ein gewisser Antagonismus insofern besteht, als das eine in Verbindung mit dem anderen selten ist oder aber, daß metaluische Erkrankungen bei gleichzeitig bestehenden Hautmanifestationen einen günstigeren Verlauf nehmen. Es besteht also zwischen zwei Organen, die beide zum Teil ektodermaler Herkunft sind, ein Antagonismus, wobei, rein praktisch gesprochen, dem einen Organ, nämlich der Haut, ein höherer Wert zukommt für die Bekämpfung der Infektion, wie dem anderen, dem Zentralnervensystem. Es wäre verlockend, an dieser Stelle näher einzugehen auf die weiteren Beziehungen zwischen Haut und Zentralnervensystem bzw. die Auswirkungen dieser Beziehungen in esophylaktischer Hinsicht, wie dies Memmesheimer gerade bei der Lues in extenso dargelegt hat, und daran alle möglichen Hypothesen speziell im Hinblick auf unseren Fall zu knüpfen; zweifellos würde aber ein Teil dieser Ausführungen nur in rein spekulativen Hypothesen bestehen. Hier soll nur das eine gesagt werden: Ich glaube, daß wir, ohne den tatsächlichen Verhältnissen Zwang anzutun, sagen können, daß zwischen der Malariakur und den tertiären Hauterscheinungen irgend ein Zusammenhang besteht; die Aufeinanderfolge war zu schnell, um diesen zu verkennen. Die Malariakur hat eine gewaltige Umstimmung des Terrains, auf dem sich die Lues bewegt, also des ganzen erkrankten Organismus, hervorgerufen, so daß der Cha-

Digitized by Google

rakter der Erkrankung ein völlig anderer geworden ist. Daß die Syphilis durch die Malariakur nicht geheilt ist, beweist das Auftreten von tertiärsyphilitischen Erscheinungen. Das Wertvolle ist, daß es sich nicht um eine kombinierte Kur gehandelt hat, sondern um eine ausschließliche Fieberbehandlung. Wir können im Hinblick darauf, daß der Liquor nach Auftreten der Hauterscheinungen saniert war, wohl sagen, daß die Noxe, die zunächst ihren Angriffspunkt am Zentralnervensystem hatte, scheinbar durch die Fieberanfälle von hier auf ein Terrain, nämlich die Haut, transferiert wurde, das sie wirksam bekämpfen konnte, mit anderen Worten: durch die Fieberbehandlung wurde die Esophylaxie der Haut zur Wirkung gebracht. In diesem Sinne glaube ich, daß unser Fall einen wertvollen Beitrag zur Frage der Malariakur darstellt.

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg (Direktor: Prof. Dr. B. Nocht) Klinische Abteilung: (Leiter: Prof. Dr. P. Mühlens)

Zur Frage der natürlichen Übertragbarkeit der Impfmalaria. (Beobachtungen am „Wiener Stamm")

Von

Dr. Otto Fischer

Mit der Erweiterung, die die Indikationsstellung zur Malariabehandlung in den letzten Jahren erfuhr (frische Syphilis, Gonorrhoe, psychische und nervöse Erkrankungen der verschiedensten Art), hat die Frage der Weiterverbreitung der Impfmalaria durch Mücken erheblich an Bedeutung gewonnen. Daß eine solche Übertragung an sich möglich ist, konnte von vornherein nicht zweifelhaft erscheinen und ist zudem durch zahlreiche Versuche einwandfrei bewiesen worden [Mühlens und Kirschbaum (1), Yorke und Wright (2), denen z. B. die Infektion von Anophelen noch an der 53. Passage ihres Stammes glückte u. a.] Es muß zwar zugegeben werden, daß in den nördlichen Ländern im allgemeinen die klimatischen Verhältnisse für eine natürliche Weiterverbreitung der Malaria nicht günstig sind und daher trotz des ubiquitären Vorkommens der übertragenden Mücken auch eine große Zahl künstlich infizierter Kranker keine erhebliche Gefahr darstellen kann.

Daß eine Ansteckung auch hier möglich ist, zeigt eine Beobachtung von Kling (3), der 1924 in Upsala zwei Malariaerkrankungen sah, als deren Infektionsquelle ein mit Tertiana geimpfter Paralytiker festgestellt wurde.

Das endemische Vorkommen des Wechselfiebers in manchen Gegenden Deutschlands (Emden) wie das Auftreten einzelner kleiner Epidemien an anderen Orten (Berlin, Magdeburg) zeigt aber, daß derartige Vorkommnisse auch bei uns nicht völlig ausgeschlossen sind.

Diese Möglichkeit, die in südlicher gelegenen Ländern sehr viel häufiger, wenn nicht geradezu regelmäßig eintreten kann, ließ die Beobachtungen der Wiener psychiatrischen Klinik, daß der dort seit vielen Jahren verwendete, jetzt wohl etwa in der zweihundertsten direkten Menschenpassage befindliche Tertianastamm im Laufe der Zeit Gameten in immer geringerer Zahl gebildet habe und heute als vollkommen

Digitized by Google

gametenfrei anzusehen sei [vgl. GERSTMANN (4)] besonders bedeutungsvoll erscheinen. Würde doch damit eine Weiterverbreitung der Impfmalaria durch Mücken ausgeschlossen sein. Aber auch vom parasitologischen Gesichtspunkte aus mußte diese Feststellung, daß nämlich durch die künstliche Ausschaltung der geschlechtlichen Fortpflanzung die Bildung der Geschlechtsformen schließlich ganz unterbleibt, eigenartig und interessant erscheinen. Dies veranlaßte uns zu einem genaueren Studium des genannten Stammes, zumal wir bei der in Hamburg (Staatskrankenanstalt Friedrichsberg) verwendeten Impfmalaria (einer Tertiana, die über 130 Passagen durchgemacht und einer seit fast 5 Jahren weitergezüchteten Quartana) stets Gameten in unveränderter Zahl und Form, wie bei den ersten Übertragungen nachweisen konnten.

Auch andere Autoren heben die Seltenheit oder das völlige Fehlen der Gameten bei der Impfmalaria hervor, doch dürfte es sich bei diesen Beobachtungen z. T. wohl um Abkömmlinge des Wiener Stamms handeln. Zu betonen ist dabei jedoch, daß auch bei dem natürlich übertragenen Wechselfieber Geschlechtsformen nicht immer bereits am ersten Tage im Blute zu finden sind, am ausgesprochensten zeigt sich dies bei der Malaria tropica, wo frühestens 5—7, meist aber erst 10—12 Tage nach dem ersten Auftreten der Ringe Halbmonde im Blute erscheinen. Aber auch für die Tertiana gibt JAMES (5) an, daß er bei seinen Versuchen in England nie vor dem 7. Tage Gameten beobachtet habe, und fügt hinzu, daß sie erst vom 10. Tage an zur Infektion von Anophelen geeignet seien. Demgegenüber konnten aber andere (BIEDL, und bei der Impfmalaria MÜHLENS) von vornherein Gameten nachweisen.

Zu unseren Untersuchungen verwendeten wir Malariablut, das uns auf unsere Bitten in freundlichster Weise von Prof. WAGNER-JAUREGG zur Verfügung gestellt und in der üblichen Form [mit Zitrat, Gelatine und Blutagar, vgl. DATTNER und KAUDERS (6)] durch die Flugpost übersandt worden war. Unmittelbar nach dem Eintreffen nahmen wir die Überimpfung auf zwei Patienten vor, wobei wir uns genau an die Vorschriften der Wiener Klinik hielten.

Über den Verlauf der Malaria bei den beiden Impflingen ist an sich nichts Besonderes zu berichten, die Infektion ging am 13. bzw. 14. Tage nach der Einspritzung des übersandten Blutes an und führte zu charakteristischen Anfällen, die bei dem einen Kranken Tertianatyp zeigten, während sie bei dem anderen täglich auftraten. Vor der mit Plasmochin vorgenommenen Unterbrechung übertrugen wir den Stamm auf einen anderen Kranken und setzten dies noch mehrere Monate fort. (Ein Teil dieser Patienten wurde in der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg von Dr. KIRSCHBAUM beobachtet.)

In den täglich hergestellten Präparaten fanden sich meist recht viele Parasiten, unter denen wir stets mehr oder minder zahlreiche Formen feststellen konnten, die alle charakteristische Eigentümlichkeiten der Tertianagameten aufwiesen: d. h. es handelte sich um verhältnismäßig große, teils innerhalb, teils außerhalb der roten Blutkörperchen liegende, rundliche Plasmodien mit kompaktem, gut gefärbtem Protoplasma, das keine Vakuole aufwies und sich schon dadurch von den amöboiden Formen der halb oder ganz erwachsenen Schizonten unterschied. Der Kern war groß, häufig aufgelockert, aber einheitlich und lag in der Mitte (Makrogamet) oder am Rande des Parasiten (Mikrogametozyten). Pigment war reichlich vorhanden [1]).

[1]) Derartige Formen bildet übrigens GERSTMANN auf S. 79 seines bereits erwähnten Buches[4]) ab. Die Präparate stammen allerdings, wie G. in einer Anmerkung ausführt, aus einer früheren Zeit der Malariabehandlung, zu der der Wiener Stamm noch nicht als gametenfrei angesehen wurde.

Digitized by Google

Hiermit sind die Geschlechtsformen genau definiert, so daß sie sicher erkannt werden können, wenn auch zuzugeben ist, daß man in den Präparaten manchmal Gebilde finden wird, bei denen die Entscheidung, ob es sich um einen erwachsenen Schizonten oder einen Gameten handelt, nicht mit Bestimmtheit zu treffen ist. Das gilt vor allem im dicken Tropfen, der für derartige Untersuchungen daher wenig geeignet erscheint.

Dieselben Formen fanden wir auch in Präparaten, die wir von dem uns aus Wien übersandten Blut vor der Überimpfung machten. Dabei ergaben die von der Zitratlösung hergestellten Ausstriche die besten Bilder.

Den unumstößlichen Beweis für die Übertragbarkeit der gefundenen Geschlechtsformen konnte aber nur das Gelingen der Mückeninfektion bringen. Zu diesem Zwecke ließen wir an drei unserer Patienten Anophelen saugen[1]). Wir wählten dazu jeweils die letzten Tage vor der Plasmochinverabreichung, weil wir zu diesem Zeitpunkt am ehesten mit dem Vorhandensein entwicklungsfähiger Gameten im Blut rechnen durften (James).

Ein positives Ergebnis erzielten wir nur bei einem der Kranken, der mit dem unmittelbar aus Wien übersandten Blut infiziert worden war. Von 10 Anophelen, die am 16. Tage nach dem Auftreten der ersten Parasiten gesogen hatten, wurden 6 präpariert und untersucht und bei 2 von ihnen Zysten in der Magenwand gefunden.

Die einzige am 20. Tage nach der mutmaßlichen Infektion noch überlebende Mücke wurde dann zu einem Übertragungsversuch auf den Menschen verwendet, indem die technische Assistentin unserer entomologischen Abteilung, Frl. O. Vollmer, sich von ihr stechen ließ (1. VI. 1927).

Eine Infektion kam jedoch zunächst nicht zustande. Es stellten sich weder Störungen des Allgemeinbefindens noch Fiebersteigerungen oder gar typische Anfälle ein. In den im Laufe der folgenden Wochen ab und zu untersuchten Blutpräparaten (dicker Tropfen) konnten niemals Malariaparasiten nachgewiesen werden.

Am 29. V. dieses Jahres erkrankte nun Frl. V. plötzlich mit Schüttelfrost und hohem Fieber, nachdem sie am Tage vorher beim Reiten einen Sturz auf den Rücken ohne besondere Verletzung erlitten hatte. Der rasch unter starkem Schweißausbruch abklingende Anfall wiederholte sich am 31. V. und 2. VI. in der gleichen Weise. Der nunmehr auftauchende Verdacht einer Malaria wurde durch die Untersuchung des Blutes, in dem sich Tertianaparasiten in mäßig reichlicher Zahl fanden, bestätigt und führte zur Aufnahme in unser Krankenhaus (3. VI.). Hier konnte dann durch Einleitung einer Plasmochinbehandlung eine rasche Heilung und schnelle Erholung erzielt werden. In den während der Krankheit meist mehrmals täglich entnommenen Blutpräparaten fanden sich stets alle Formen der Tertianaparasiten, vor allem auch männliche und weibliche Gameten.

Die genaue Erhebung der Vorgeschichte ergab dann, daß Frl. V. früher niemals Malaria gehabt hatte, und daß sie in den letzten Jahren keiner Infektionsgelegenheit ausgesetzt war. Sie hat Deutschland nie verlassen oder sich nie in einer Gegend aufgehalten, wo Malaria endemisch ist. Auch ist im Institut in der letzten Zeit nicht mit infizierten Anophelen gearbeitet worden und die hier zu anderen Untersuchungen verwendeten Mücken stammten aus Gegenden (Cuxhaven), in denen von Malaria nichts bekannt ist. Als weitere Infektionsquelle könnte vielleicht ein Patient unseres Krankenhauses in Betracht gezogen werden. Doch kann man diesen Weg der Übertragung wohl ausschließen, da Krankenräume und Laboratorien weit voneinander getrennt in verschiedenen Häusern liegen, ganz abgesehen davon, daß in den 28 Jahren seit Bestehen des Instituts niemals

[1]) Die Versuche wurden im Mai und Juni vorigen Jahres von Prof. Martini auf der entomologischen Abteilung unseres Instituts durchgeführt.

Digitized by Google

eine Ansteckung beobachtet wurde, auch nicht bei dem Pflegepersonal, das naturgemäß durch die enge Berührung mit den Kranken dieser Gefahr in erster Linie ausgesetzt wäre. Als Ausgangspunkt der Ansteckung bleibt daher nur jene an einem Malariakranken infizierte Anophele, von der Frl. V. sicher gestochen worden ist.

Eine derartig lange Latenz der Infektion ist eine gerade in Nordwestdeutschland nicht seltene Beobachtung, die gegen Ende des Krieges (1918/19) in großer Zahl in der Umgebung von Emden (Mühlens) gemacht wurde. Nur auf diese Weise sind ja überhaupt die im Frühling auftretenden Ersterkrankungen, die sich zu einer Zeit einstellen, in der es noch keine infektionstüchtigen Malariamücken gibt, zu erklären. Die Ansteckung ist, genau wie in unserem Falle, bereits im vorhergehenden Sommer erfolgt, die ersten Erscheinungen treten erst im nächsten Frühjahr auf. Ob dabei in unserem Falle dem Sturz vom Pferde eine gewisse Bedeutung als auslösender Ursache zuzuschreiben ist, mag dahingestellt bleiben.

Im übrigen muß das Ergebnis unserer Infektionsversuche als ein recht günstiges angesehen werden. Konnte doch James bei seinen an einem sehr großen Material angestellten Untersuchungen zeigen, daß etwa 95% aller verwendeten Anophelen zur Übertragung der Parasiten nicht geeignet sind und daß auch bei weitem nicht jeder Kranke, namentlich während der ersten Anfallserie, zur Mückeninfektion brauchbar ist. Das bedeutet aber, daß auch große Versuchsreihen, wenn sie zu einem negativen Resultat führen [Barzilai-Vivaldi und Kauders (7)] nicht als ein unbedingter Beweis für die Unübertragbarkeit eines Malariastammes angesehen werden können, während bei Verwendung nur weniger Tiere [Weiss (8)] ein positives Ergebnis überhaupt nicht erwartet werden kann.

Es ergibt sich also auf Grund der oben mitgeteilten Untersuchungen und Beobachtungen folgendes:

1. In dem uns übersandten Malariablut des sogenannten Wiener Stammes konnten in Ausstrichen, die sofort nach der Ankunft hergestellt wurden, Parasiten gefunden werden, die alle charakteristische Merkmale der Geschlechtsformen (Mikro- und Makrogameten) aufwiesen.

2. Bei der nach Injektion des übersandten Blutes entstandenen Impfmalaria waren regelmäßig Gameten festzustellen.

Den gleichen Befund hatten übrigens Mühlens und Kirschbaum 1924 erhoben.

3. Es ist gelungen, an einem mit dem Wiener Stamm in Hamburg geimpften Patienten Anophelen zu infizieren und durch sie wiederum die Malaria auf andere Menschen zu übertragen.

Nun hat Kauders (9), nachdem wir Prof. Wagner-Jauregg von dem Ergebnis unserer Untersuchungen schriftliche Mitteilung gemacht hatten, in einem Vortrag auf der 12. deutschen Mikrobiologentagung in Wien berichtet, daß auch er im Malariablut des Wiener Stammes, das lange Zeit (bis 88 Stunden) außerhalb des menschlichen Körpers weilte, gametenähnliche Parasiten von runder Gestalt feststellen konnte, die er als Dauer- oder Resistenzformen bezeichnet. „In einigen Fällen ließ sich die Diagnose auf gametische Formen aus dem morphologischen Bilde mit Sicherheit stellen". Diese Gebilde, die schließlich allein noch in den Präparaten nachzuweisen sind, bleiben aber, wie er ausführt, infektionsfähig, denn nach Übertragung des Blutes entwickelt sich bei dem Impfling eine typische Malaria. Ob bei diesem dann wieder Gameten gefunden wurden, geht aus dem zitierten Bericht leider nicht hervor. Daß aber Kauders die genannten Dauerformen als Gameten ansieht, ergibt sich daraus, daß er „mit einiger Wahrscheinlichkeit" annehmen zu können glaubt, daß

Digitized by Google

„eine parthenogenetische Entwicklung der gametenähnlichen Formen im Blute des geimpften Patienten eintritt."

Angewandt auf unsere Versuche würde sich daraus ergeben, daß die von uns in dem uns aus Wien zugesandten Malariablut gefundenen Gameten, deren Natur durch den gelungenen Übertragungsversuch sichergestellt ist, erst während der Reise von Wien nach Hamburg entstanden sind. Es scheint uns allerdings nicht gerade wahrscheinlich, daß ein Stamm seine seit Jahren verlorene Fähigkeit zur Bildung von Gameten dann plötzlich wiedergewinnt, wenn die Parasiten unter Bedingungen geraten, die in der Natur an sich nicht vorkommen. Weiterhin ist in den häufig angestellten Kulturversuchen der Malariaplasmodien (vgl. Lit. 10 u. 11) — und um etwas Ähnliches handelt es sich doch auch hier, wobei das Blut als Nährboden anzusehen wäre — nur selten eine Gametenbildung beobachtet worden. Jedenfalls ist niemals davon die Rede, daß alle Parasiten sich in Geschlechtsformen umwandelten. Gleichwohl wird man die Annahme von KAUDERS nicht von vornherein ablehnen können, wenn man sie auch andererseits ebensowenig beweisen kann. Seine Ausführungen veranlaßten uns jedenfalls, die Wiener Klinik um Übersendung von Präparaten eines ihrer Fälle kurz vor der Unterbrechung des Fiebers und unmittelbar nach Verabreichung der ersten Chiningaben zu bitten. In den uns freundlichst überlassenen Ausstrichen, die leider im ganzen verhältnismäßig wenige Parasiten enthielten, konnten wir ebenfalls, wenn auch in geringer Zahl, Formen finden, die wir auf Grund der oben mitgeteilten Beschreibung als Gameten ansehen mußten. Wir müssen diesen Befund als eine weitere Bestätigung unserer Ansicht betrachten, daß die bei der in Hamburg vorgenommenen Überimpfung des Wiener Stammes sicher nachgewiesenen Gameten nicht erst auf der Reise entstanden sind.

Weiter ist aber zu den erwähnten Ausführungen von KAUDERS noch folgendes hinzuzufügen: Die Parthenogenese, d. h. die Entstehung sich weiter entwickelnder, ungeschlechtlicher Formen aus Makrogameten im menschlichen Blut ohne Befruchtung ist ein in der Malariaparasitologie noch sehr umstrittener Vorgang. Auf die große hierüber entstandene Literatur (10, 11) braucht um so weniger eingegangen zu werden, als erst kürzlich R. RUGE (12) die Frage ausführlich dargestellt und erörtert hat. Er lehnt die Möglichkeit derartiger Vorgänge zwar nicht völlig ab, wie das manche Autoren tun, sieht sie aber als außerordentlich seltene Beobachtungen an, die als Entwicklungsstörungen zu deuten sind. Besonders zu erwähnen sind aber hier noch Versuche einer Malariaübertragung durch Verimpfung von Patientenblut, in dem nur Gameten gefunden werden konnten. Hierzu eignet sich zweifellos die Tropika am besten, weil bei ihr durch eine gründliche Chininbehandlung die Schizonten rasch aus dem peripheren Blut zu beseitigen sind, während die Geschlechtsformen (Halbmonde) unbeeinflußt und vor allem auch, wie Experimente von MÜHLENS zeigen, für Mücken infektiös bleiben. Ein Angehen der Malaria konnte auf diese Weise niemals erzielt werden (THAYER, ELTING, MÜHLENS u. a.). Eine ähnliche Beobachtung machte kürzlich KIKUTH im hiesigen Institut bei einem Fall von Affenmalaria, bei dem er trotz sorgfältigsten Suchens in zahlreichen Präparaten nur Gameten beiderlei Geschlechts nachweisen konnte. Eine Übertragung auf andere Tiere gelang nicht.

Digitized by Google

Auf Grund dieser Feststellungen lehnen wir daher auch in den Versuchen von Kauders die Annahme einer Parthenogenese als im höchsten Grade unwahrscheinlich ab, um so mehr, als er nichts über den Befund von sogenannten Rückbildungsformen (Schaudinn) berichtet. Wir glauben vielmehr den Erfolg der Übertragung den noch im Blut vorhandenen ungeschlechtlichen Formen, die wir z. B. in dem uns aus Wien übersandten Blut noch etwa 48 Stunden nach der Entnahme in nicht geringer Zahl neben typischen Gameten nachweisen konnten, zuschreiben zu müssen.

Literatur

1. Mühlens u. Kirschbaum, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1921, Bd. 94, H. 1; Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1924, Bd. 28, u. 1927, Bd. 31. — 2. Yorke u. Wright, Ann. of Trop. Med. and Paras., Bd. 20, Nr. 3, S. 327. — 3. Kling, Semana med., 1926, Nr. 2, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, H. 1/2. — 4. Gerstmann, Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. 2. Aufl. Julius Springer, Wien 1928; dort auch weitere Literatur. — 5. James, Publications de la Société des Nations III. Hygiene, 1926, III. 6. — 6. Dattner u. Kauders, Kurzer Leitfaden der Malariatherapie. 2. Aufl. Verlag Franz Deuticke, 1927. — 7. Barzilai-Vivaldi u. Kauders, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103, S. 744. — 8. Weiss, W. kl. W., 1926, Nr. 52. — 9. Kauders, Zbl. Bakt., I. Abt. Orig., Bd. 104, Beiheft S. 158. — 10. Mühlens, Die Plasmodiden. Handb. d. pathog. Protozoen. Verlag Joh. Ambrosius Barth, 1921. — 11. Ziemann, Die Malaria. Menses Handb. d. Tropenkrkh., 1925, Bd. 3. — 12. R. Ruge, Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1928, Bd. 32, Nr. 6.

Aus der Universitäts-Augenklinik Hamburg-Eppendorf (Direktor: Prof. Dr. Carl Behr)

Stauungspapille bei metastatischer gonorrhoischer Augenerkrankung

Von

Dr. Emma Schindler

Im Novemberheft 1926 dieser Zeitschrift hat Breiger über die metastatischen Augenerkrankungen bei Gonorrhoe, die seit 1920 in der Hamburger Universitäts-Augenklinik behandelt worden sind, ausführlich berichtet und ist mit Würdigung der Literatur eingehend auf das Wesen, den Verlauf und die Therapie der Erkrankungen eingegangen. Mit dem Hinweis auf diese Darstellung erlaube ich mir, in aller Kürze erneut dieses Thema anzuschneiden; eine seltene Beobachtung gibt mir die Veranlassung dazu.

W. R., 26jähriger schmächtiger Mann in genügendem Ernährungszustand, aus gesunder Familie. Mit 9 Jahren Diphtherie. November 1926 4 Wochen lang Kopfgrippe mit hohem Fieber, in deren Verlauf eine rechtsseitige Mydriasis mit Lichtstarre auftrat. Der angestellte Wassermann war negativ. Anfang März 1928 infizierte sich Pat. mit einer Gonorrhoe, deren akutes Stadium durch Ichthargan- und Targesinspülungen in etwa 14 Tagen beseitigt wurde. Die urethralen Spülungen wurden bei negativem Urinbefund und Wohlbefinden regelmäßig zweimal wöchentlich fortgesetzt.

Anfang Mai, 7—8 Wochen nach der Infektion, traten Beschwerden seitens der Augen auf. Als Pat. sich am 5. Mai zuerst vorstellte, hatte er beiderseits Lichtscheu, Tränen, starke Injektion der Conjunctiva tarsi und fornicis und gemischte Injektion der Conjunctiva bulbi. Keine eitrige Sekretion, Bindehautabstrich negativ. Rechte Pupille über mittelweit, weiter als linke, reagierte schwach auf Licht und Konvergenz; linke Pupille o. B. Iris, brechende Medien o. B. Sehnerv beiderseits hyperämisch und Spur ödematös. V. R — 2,25 6/6; L — 2,25 6/6. Nach 5 Tagen zeigte sich zuerst die Mit-

Digitized by Google

beteiligung der Iris, subjektiv durch unerträgliche bohrende Stirn- und Schädelkopfschmerzen, objektiv in Hyperämie des graublauen Irisgewebes, das einen grünen Farbton annahm, und in Trübung des Kammerwassers. Nach intraglutäaler Milchinjektion von 8 ccm am 12. Mai (Temperatur bis 39.6° C) vorübergehende Besserung, dann Zunahme der Entzündungserscheinungen. Am 15. Mai erneute Milchinjektion von 10 ccm, der wieder eine heftige Allgemein-, diesmal aber eine geringe Lokalreaktion folgte. Es kam zu starker Ausschwitzung eines serofibrinösen Exsudates in die Vorderkammer und in den Glaskörper, so daß der Visus auf Fingerzählen in 3 m Entfernung sank. 17. V. Aufnahme in der Universitäts-Augenklinik. Die parenterale Milchtherapie wurde am 17., 19. und 22. V. mit 12 ccm wiederholt und erzielte durch teilweise Resorption des Exsudates und Verminderung der Absonderungen deutliche Besserung. Der Pat. konnte in 5 m Entfernung kleine Gegenstände erkennen. In diesem Stadium, in dem der hochgradige Entzündungszustand sich gemildert hatte, wurde am 26. V. 0,25 ccm Arthigon intravenös injiziert. Der Erfolg war zufriedenstellend, der Visus betrug am 29. V. mit Korrektion R 6/12, L 6/18. Nach erneuten Arthigoninjektionen gleicher Dosis am 4. VI. und 15. VI. war die normale Sehschärfe wiederhergestellt. R — 2,5 6/6, L — 2.5 6/6. Äußerlich waren beide Augen ziemlich reizlos.

Die lokale Therapie bestand in Wärmen, Atropin und Glaukosan, das zur Sprengung von Synechien beitrug. Bei der Stärke der Exsudation konnte aber nicht ganz verhindert werden, daß sich an einzelnen Stellen feste Verwachsungen der Iris mit der Linsenvorderfläche bildeten.

Solange Glaskörper und Vorderkammer stärker getrübt waren, war eine Beurteilung des Augenhintergrundes und besonders die Beobachtung des Sehnerven, der gleich zu Beginn hyperämisch und ödematös erschien, unmöglich. Am 11. VI., als der Einblick in das Augeninnere frei war, konnten wiederum mit Sicherheit Hyperämie und verwaschene Grenzen der Papillen festgestellt werden. In der Folgezeit nahm das Ödem der Papille langsam und stetig zu; am 24. VI. betrug die Prominenz etwa 1 D. jetzt am 10. VII. beträgt sie 2—3 D. In typischer Weise wölbt sich die gequollene Papille pilzartig in den Glaskörper vor. Der Gefäßtrichter ist hochgradig verengt, die Venen sind leicht geschlängelt, ohne sonstige Veränderungen aufzuweisen, die Arterien normal. Weist das ophthalmoskopische Bild, so wie es sich entwickelt hat, auf eine Stauungspapille und nicht auf eine Neuritis optici, wie man anfangs hatte annehmen können, hin, so bestätigt die Unversehrtheit der Funktionen die Annahme einer Stauungspapille in den ersten Stadien. Der normale Visus wurde bereits erwähnt; er hat sich nicht geändert. Die Dunkeladaptation, die am 12. VI. und 10. VII. geprüft wurde, ergab normale Werte (R 6000, L etwa 8000 Empfindlichkeitseinheiten). Das Gesichtsfeld ist normal.

Die Stauungspapille kommt nach Behr zustande, wenn durch ein Hindernis in der Orbita, z. B. Tumoren in der Umgebung des Sehnerven, durch Verengerung des Canalis optici oder durch intrakranielle Drucksteigerungen der zentral gerichtete, in das Cavum cranii sich ergießende, parenchymatöse Saftstrom des Sehnerven in seinem Abfluß gehemmt wird. Da ein Prozeß in der Orbita, der gewöhnlich mit Exophthalmus einhergeht, nicht in Frage kommt, ebensowenig eine Verengerung des Canalis optici, die meist angeboren ist und sich dann schon frühzeitig bemerkbar macht, müssen wir in unserem Falle eine intrakranielle Drucksteigerung als Ursache der Stauungspapille ansehen. Die intrakranielle Drucksteigerung wäre als Zeichen einer umschriebenen basalen Meningitis in der Umgebung des intrakraniellen Sehnerven aufzufassen. Das Wohlbefinden des Pat. sowie der normale neurologische Befund sprechen nicht dagegen. Die Lumbalpunktion welche die Diagnose hätte sichern können, hat der Pat. verweigert. Die Kopfgrippe, an der er vor $1^1/_2$ Jahren erkrankt war, kommt ätiologisch nicht in Betracht. Es scheint durchaus möglich, daß die Gonokokken, die auf ihrem Wege zum Auge die Carotis interna passieren müssen, nicht nur die Bahn der Arteria ophthalmica eingeschlagen, sondern sich auch durch andere Äste der Carotis interna ausgebreitet und sich am Gehirn angesiedelt haben. Ein Sektionsbericht, der einen derartigen Befund bringt, ist von Cimino[1]) veröffentlicht worden. In einem dicken Exsudat an den Optici und am Chiasma wurden Gonokokken nachgewiesen. Ophthalmoskopisch waren ante exitum Hyperämie und Ödem der Papillen beobachtet worden.

Metastasen an anderen Organen haben sich bei dem Pat. bis jetzt nicht gezeigt; die Gelenke sind völlig frei, das Herz ist intakt.

---

[1]) Annali di ottalmol. e Clinica oculist., 1926, Jg. 54, H. 9, S. 1008.

Digitized by Google

Noch einige Worte über das Grundleiden. Die Urethritis, die bei Ausbruch der Augenerkrankung keine lokalen Erscheinungen mehr gemacht hatte, wurde durch die ersten Milchspritzen aktiviert; vorübergehend bestand etwas eitriger, Gonokokken enthaltender Ausfluß. Jetzt gilt die Urethritis als geheilt, die lokale Behandlung ist abgesetzt.

Um es kurz zusammenzufassen: Was unseren Fall besonders auszeichnet, ist das Auftreten der Stauungspapille beiderseits, die als Zeichen einer Hirndrucksteigerung bei metastatischer, gonorrhoischer, umschriebener Basalmeningitis gedeutet wird.

Aus dem Anatomischen Institut der Universität Hamburg (Direktor: Prof. Dr. H. POLL)

Konstante und meßbare Kastrationsfolgen

Von

Priv.-Doz. Dr. WILH. BLOTEVOGEL, Prosektor

Die Schwierigkeiten, die beim Erfassen aller Kastrationsfolgen, insbesondere gar beim Vergleich von Früh- und Spätkastraten, auftreten, lassen sich durch nichts besser kennzeichnen als durch die Worte G. v. BERGMANNS in OPPENHEIMERS Handbuch der Biochemie: „Bedenkt man das schon im Normalen komplizierte Ineinandergreifen der Blutdrüsen, ihre wechselseitige Beziehung zum vegetativen Nervensystem und endlich den jeweiligen Zustand der Erfolgsorgane, so ergibt sich beim Ausfall eines Hormons eine Fülle von Möglichkeiten, durch die dieser fein abgestimmte Regulationsmechanismus in seinem Gleichgewicht gestört werden kann. Neue Korrelationen treten auf, alte werden teils gestört, teils unbeeinflußt gelassen. Auf dem Boden dieser Anschauung wird man leichter die Inkonstanz aller Phänomene, die als Kastrationsfolgen anzusehen sind, begreifen."

Gegenüber einem solchen gut begründeten Urteil scheint jeder Nachweis wünschenswert, daß man, sei es auch nur auf einem winzigen Gebiete, konstante und dabei meßbare Folgen der Keimdrüsenentfernung beobachten kann.

Bei den vielen in der Literatur beschriebenen Kastrationsversuchen handelt es sich meist um die Exstirpation von Keimdrüsen in verschiedenen Lebensaltern. Bei all diesen Versuchen ist es aber wichtig, festzustellen, ob die Kastration vor oder nach der Pubertät erfolgt ist.

Als einheitliches Resultat der Spätkastration läßt sich am Genitalapparat des Männchens feststellen, daß der Ausleitungsapparat mit seinen Drüsen eine außerordentlich starke Reduktion erfährt, die um so stärker ist, je jünger der betreffende Organismus war. Dagegen können bei Kastrationen ganz junger Individuen die Genitalien einfach in ihrem unentwickelten Zustand, wie sie während der Operation waren, verharren. Es sei hier nur an die Versuche von STEINACH an Ratten und Meerschweinchen erinnert. Bei 12 Stunden nach der Geburt kastrierten männlichen Ratten sistiert nach 3—4 Tagen das Wachstum von Penis und Samenblasen vollständig.

Beim weiblichen Geschlecht liegen die Verhältnisse noch komplizierter, da hier der Uterus in den Dienst der Brutpflege tritt. Werden neugeborene oder jugendliche nicht geschlechtsreife Säugetierweibchen kastriert, dann bleibt der ganze Genitalapparat in der Entwicklung

Digitized by Google

zurück. Uterus und Tuben wachsen wohl bis zu einem gewissen Grade, behalten jedoch einen infantilen Typus.

Die Kastrationsbefunde am Menschen sind bei der geringen Menge des beobachteten Materials im allgemeinen nicht so exakt zu fassen, da in den meisten Fällen nicht bekannt ist, in welchem Alter die Kastration erfolgte. Die besten Untersuchungen hierüber liegen von GRUBER, TANDLER und GROSZ über die Skopzen vor. Bei ihnen blieb, wenn die Kastration vor Eintritt der Pubertät vorgenommen wurde, der Penis kindlich klein, bei Spätkastraten erfuhr er eine Reduktion.

Für die Frau liegen Versuche über präpuberale Kastration überhaupt nicht vor.

Auch bei extragenitalen Kastrationsfolgen ist es nicht gleichgültig, zu welchem Zeitpunkt die Ausschaltung der Keimdrüsen erfolgt. Bei präpuberaler Kastration verbleibt eine hohe Knabenstimme, bei einer Operation in der Pubertätszeit selbst gleicht sie einer mutierenden Knabenstimme, bei noch späterer Operation verändert sich die Männerstimme nicht mehr oder doch nicht wesentlich.

Diese wenigen Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, daß zwar in den Kastrationsfolgen bei Früh- und Spätkastraten Unterschiede beobachtet worden sind, daß sie aber schon ihrer Natur nach stets nur qualitativ erfaßbar und einer zahlenmäßigen Festlegung nicht zugänglich waren.

Ich möchte deshalb kurz auf Versuche eingehen, die ich in der letzten Zeit am Uterushalsganglion weißer Mäuse und anderer Tiere unternommen habe, und bei denen es mir gelungen ist, scharf definierte Unterschiede zwischen Früh- und Spätkastraten zahlenmäßig festzulegen.

Unter dem Einfluß der Kastration erfährt das Ganglion cervicale uteri in allen seinen Teilen gesetzmäßige Umwandlungen, die sich sowohl am multipolaren Apparat als auch am chromaffinen Anteil, den zwei Partnern, aus denen dieses Ganglion wie jedes echte Bauchsympathikusganglion zusammengesetzt ist, abspielen. Im Ablauf der Kastration sind stets zwei Phasen zu unterscheiden, die erste dauert etwa bis zur Mitte der dritten Woche und ist gekennzeichnet durch ein allmähliches Absinken der einzelnen Werte, die zweite dauert von der dritten Woche nach der Operation vermutlich bis zum Tode des Tieres und ist charakterisiert durch die Einstellung auf konstante Werte. An den multipolaren Ganglienzellen kommt es zu einer sehr erheblichen Auflösung und Massenverminderung an den Nißl-Schollen. An Stelle der sonst charakteristischen Granulation sieht man immer mehr staubförmige feinste Restpartikelchen auftreten. In der zweiten Phase der Kastration bleibt dieser Zustand als eine Art chromolytischer Dauerzustand während des ganzen Lebens des Tieres erhalten. Gleichzeitig erfahren Zell- und Kerngrößen deutliche Volumenverminderung. Im chrombraunen Anteil des Ganglions kommt es dabei zu einer sehr erheblichen Verminderung der relativen Zahl dieser Elemente, deren Systemaufgabe bekanntlich darin besteht, den Organismus mit Adrenalin zu versorgen.

Vergleicht man nun die Ergebnisse bei Früh- und Spätkastraten, so läßt sich zunächst als allgemeinstes Ergebnis feststellen, daß bei beiden der Gesamtverlauf der Umwälzungen im Ganglion cervicale uteri in

Digitized by Google

allen Phasen und Endzuständen übereinstimmt. Im einzelnen weichen aber die Ausschläge in ihrer Größenordnung deutlich meßbar voneinander ab.

In bezug auf die qualitativen Veränderungen der Ganglienzellen sei nur kurz bemerkt, daß früh kastrierte Tiere ebenso wie spät kastrierte von der dritten bis vierten Woche nach der Kastration ab das typische Kastrations-Nißl-Bild aufweisen.

Alle quantitativen Abweichungen sind aber, wie jetzt gezeigt werden soll, mit aller wünschenswerten Deutlichkeit metrisch zu fassen. Die Ausgangswerte für die Zell- und Kerndurchmesser liegen sowohl bei den Frühkastraten wie bei den Spätkastraten bei etwa 15 und 7 μ. Im Ablaufe der Kastration sinkt der Wert für die Kerndurchmesser auf $5{,}27 \pm 0{,}04\,\mu$, bei den Frühkastraten auf $5{,}08 \pm 0{,}05\,\mu$. Verläuft schon hier der Wert bei den Frühkastraten deutlich unterhalb der Größen, wie sie bei Spätkastraten beobachtet sind, so wird der Unterschied noch deutlicher an den Zelldurchmessern, die bei den Spätkastraten auf $12{,}03 \pm 0{,}1\,\mu$, bei den Frühkastraten auf $10{,}79 \pm 0{,}13\,\mu$ abfallen. Dabei möchte ich als besonders wesentlich betonen, daß in allen Phasen des Kastrationsablaufes die Kernplasmarelation mit einem Wert von 0,5 innerhalb unserer Meßfehlergrenzen sich stets als absolute Konstante erwies.

Den zahlenmäßig am genauesten faßbaren Einfluß übt die weibliche Keimdrüse im Ganglion cervicale uteri auf die Chromrate aus, d. h. auf die Relation zwischen der absoluten Zahl der Ganglienzellen und der chrombraunen Elemente. Die Chromrate schwankt beim normalen Tier in sehr weiten Grenzen, der bisher beobachtete niedrigste Wert betrug 1,86%, der höchste 6,2%. Die gesetzmäßige Regelung der Chromrate wird von dem Hauptfaktor des Sexualzyklus, dem Ovarium, dahingehend beherrscht, daß zwischen der Menge des Corpus-luteum-Gewebes und der Chromzahl eine lineare Beziehung besteht. Im Anschluß an die Kastration sinkt die Chromrate. In der ersten Phase des Kastrationsablaufes schwankt sie noch recht unregelmäßig hin und her, um sich dann in der zweiten Phase beim spätkastrierten Tier auf einen Wert von etwas weniger als 1% einzustellen. Wir glauben die Schwankungen in der ersten Phase noch auf Nachwehen seitens des Corpus luteum zurückführen zu müssen, während die spätestens von der dritten Woche an erfolgende Einstellung der Chromrate auf etwa 1% als ein gesetzmäßiges, beständiges, eindeutiges Merkmal für den Zustand des Ganglion cervicale uteri einer geschlechtsreifen spätkastrierten Maus aufzufassen ist. Bei der frühkastrierten Maus sinkt dagegen die Chromrate auf Werte unter 0,5% herab, Zahlen, wie sie sonst im Verlauf der Gesamtuntersuchungen nicht zur Beobachtung gekommen sind. Es ist ein außerordentlich seltsamer Eindruck, wenn man im Mikroskop unter Tausenden von Ganglienzellen nur noch mit aller Mühe Zahlen von etwa sieben chrombraunen Zellen zu erkennen vermag. Hinweisen möchte ich auch darauf, daß bei den Frühkastraten der unregelmäßige Abfall der Chromrate in der ersten Phase nicht auftritt, eine Tatsache, die wir mit dem „Niemalsfunktioniert-haben" des Corpus luteum erklären zu können glauben.

Die niedrigen Konstanzwerte der Frühkastraten im Vergleich zu den Spätkastraten zeigt auch deutlich die nachstehende Tabelle:

Digitized by Google

	Kerndurchmesser der Ganglienzellen	$D:m$ Diff.	Zelldurchmesser der Ganglienzellen	$D:m$ Diff.	Chromate	$D:m$ Diff.
Frühkastrat	5,08 ± 0,05 µ	$\frac{0,19}{0,056} = 3$	10,79 ± 0,13 µ	$\frac{1,24}{0,17} = 7,3$	0,91 ± 0,023 %	$\frac{0,4}{0,03} = 13.3$
Spätkastrat	5,27 ± 0,04 µ		12,03 ± 0,1 µ		0,51 ± 0,024 %	

Aus ihr gehen mit aller wünschenswerten Deutlichkeit die biologischen Unterschiede der Kastrationsendwerte der Früh- und Spätkastration hervor. Besonderer Betonung bedarf hier noch ein Punkt: Durch die Wahl des nicht geschlechtsreifen Tieres zur Kastration gelingt es, die Chromrate auf fast die Hälfte des niedrigsten bisher in allen Versuchsreihen aufgetretenen Wertes herabzudrücken. Dabei bleibt es völlig gleichgültig, daß das Tier in der zweiten Phase bis zu seiner endgültigen Größe heranwächst und nach unseren Erfahrungen etwa zwischen dem 36. und 42. Tag seines Lebens seine volle Reife erreicht. Niemals gelingt es ihm, bis zum Zahlenstande der adrenalinbereitenden Zellen der Spätkastraten, geschweige denn zu dem des nicht kastrierten Tieres hinaufzugelangen.

Unseres Wissens ist es in diesen Untersuchungen zum ersten Male gelungen, eine, soweit bis jetzt die Erfahrungen reichen, vollkommen konstante Kastrationsfolge zu ermitteln. Das ist erstens deshalb besonders wesentlich, weil sie ihrer Natur nach sich an einem System abspielt, das offenbar in das physiologische Feingetriebe der wechselseitigen endokrinen Beziehungen eingespannt ist: nämlich zwischen Keimdrüse und chrombraunes Gewebe. Zweitens aber lassen sich mit Hilfe dieser Erkenntnis ebenfalls zum ersten Male die in der Einleitung hervorgehobenen, lange bekannten, sehr auffallenden, biologisch außerordentlich wichtigen Unterschiede festlegen, die sich auf die gänzlich heterogenen Wirkungen der Keimdrüsenausschaltung nach der Zeit beziehen. Es erscheint durchaus nicht ausgeschlossen, daß auch in den Fällen, wo es sich nicht wie bei den bisher vorliegenden Versuchen um eine totale Ausschaltung der Sexualinkretion, sondern um partiale Funktionen handelt, auch diese allmählich der messenden Verfolgung zugänglich gemacht werden können.

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg

Einige Bemerkungen zur Behandlung des Rückfallfiebers mit Spirozid

Von

Dr. Heinrich Ruge, Marinestabsarzt

Mit 1 Abbildung im Text

Etwa am 10. Januar 1928 infizierte ich mich beim experimentellen Arbeiten mit einem Stamm von marokkanischem Rückfallfieber — Sp. berbera —, der sich in der 8. Mäusepassage befand.

Digitized by Google

Den Verlauf der Erkrankung zeigt die beigegebene Kurve. Zur näheren Erklärung der auf der Kurve verzeichneten Erscheinungen seien einige Angaben aus der Vorgeschichte hinzugefügt. 1902 Mittelohrvereiterung rechts, die glatt ausheilte; 1918 Grippe mit rechtsseitiger Mittelohreiterung, die ebenfalls ausheilte. 1922 experimenti causa 0,3 Neosalvarsan intravenös. Nach 3 Stunden starker Schüttelfrost; leichte Temperaturerhöhung, leichte Benommenheit, allgemeines Unbehagen, starkes Schwächegefühl, kein Exanthem, kein Ikterus. Nach 3 Tagen waren alle Erscheinungen wieder abgeklungen. Sämtliche anderen Leute, die mit der gleichen Operationsnummer an demselben Tage gespritzt waren, zeigten keinerlei Zeichen von Unverträglichkeit.

Da ich demnach Salvarsan schlecht vertrug, wurde die Behandlung des Rückfallfiebers mit Spirozid eingeleitet. 5 Stunden nach der ersten Gabe (0,25 g), die vorschriftsmäßig genommen war, stellte sich ein allgemeines, nicht juckendes Exanthem am ganzen Körper ein; nach 3 weiteren Stunden bildete sich ein deutliches Ödem des rechten Oberlides aus. Nach 18 Stunden waren alle Erscheinungen restlos verschwunden. Nach einem Tag Pause begann wiederum eine vorsichtige Darreichung, das Präparat wurde glatt vertragen. Nach einer Behandlungspause kam es indessen 3 Stunden nach der ersten Gabe wieder zu einem leicht juckenden Exanthem im Gesicht, und es bildete sich auf dem ganzen linken Handrücken eine scharf abgesetzte, stark juckende urtikarielle Quaddel. Alle Erscheinungen schwanden nach 6 Stunden.

Die Beeinflussung des Rückfallfiebers durch das Spirozid ist aus der Kurve zu ersehen. Trotz Einverleibung von im ganzen 14,50 g kam es 17 Tage nach der letzten Gabe noch zu einem

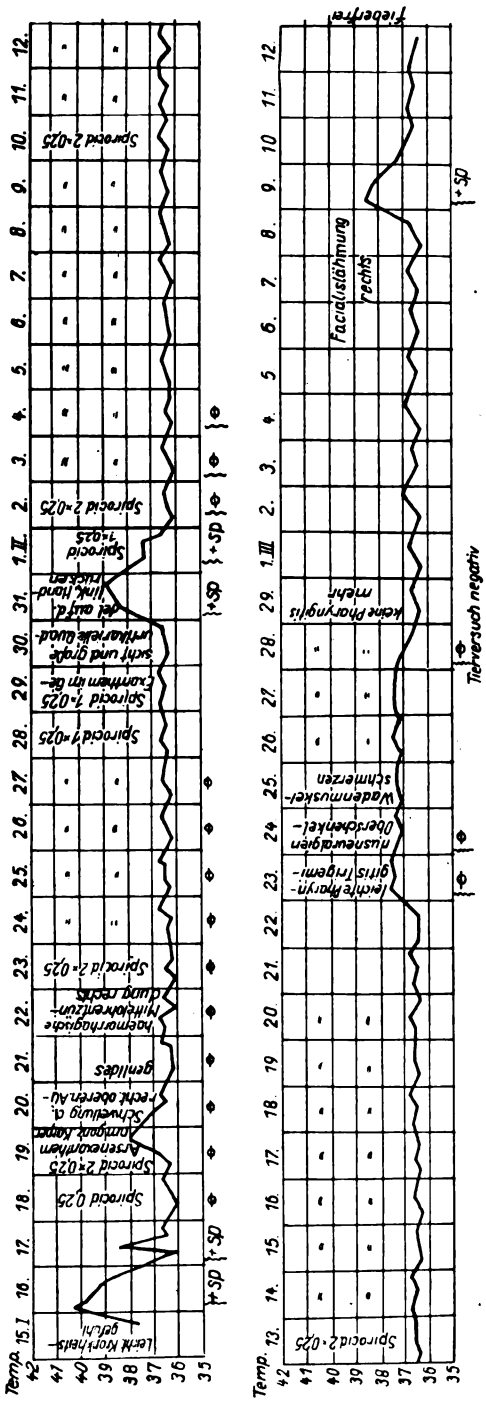


Abb. 1

{ + sp = Spirochäten spärlich. { ⊖ = keine Spirochäten

Fieberanfall mit Spirochäten im Blute und 15 Tage vor diesem Anfall zu leichten Fiebersteigerungen (23. bis 28. II.), ohne daß sich allerdings hier Spirochäten im Blute oder durch Tierversuch hätten nachweisen lassen.

14,50 g Spirozid entsprechen nach der Annahme von Sergobin und Gamot (s. u.) etwa 6 g Neosalvarsan. Man sieht also, daß trotz verlängerter Darreichung nicht einmal die zehnfache Menge Spirozid genügt hatte, um das Rückfallfieber zu unterdrücken, obgleich das Mittel auch schon während des Anfalles verabfolgt wurde. Bei dem mit natürlichem Rückfallfieber eingelieferten Kranken, von dem der Stamm genommen wurde, genügten 0,45 g Neosalvarsan auf der Höhe des vierten Anfalles, um das Rückfallfieber restlos zu beseitigen. Der Stamm löste bei 18 damit geimpften Paralytikern durchschnittlich 5 Anfälle aus.

Mir scheint der vorliegende Fall in doppelter Hinsicht beachtenswert.

1. Eine Überempfindlichkeit gegen Salvarsan vermag sich selbst nach 6 Jahren noch gegen einen ähnlich zusammengesetzten Körper — das Spirozid — zu äußern. Diese Überempfindlichkeit beruht hier offenbar auf einer Überempfindlichkeit gegen das Arsen, wie sich aus folgendem Versuch ergibt.

Am 12. III., d. h. 3 Tage nach dem letzten Fieberanfall, nahm ich 2 Tabletten Eisenarsen, die zusammen 1 mg Arsen enthielten. 3 Stunden später zeigte sich ein leicht juckendes Erythem von vierstündiger Dauer im Gesicht. Auf Grund dieses Versuches ist wohl die Vermutung gerechtfertigt, daß im vorliegenden Falle die Unverträglichkeit auf das Arsen zurückzuführen war.

2. Selbst unverhältnismäßig lange fortgesetzte mittlere Gaben von Spirozid vermögen nicht das Rückfallfieber zu unterdrücken. Mir erscheint dies wichtig in Hinsicht der Prophylaxe der Syphilis mit Spirozid. Wenn nicht einmal die oben angewandten 14,50 g genügen, um ein Rückfallfieber zu beseitigen, das doch auf eine einzige Gabe von 0,45—0,6 g Salvarsan durchweg glänzend anzusprechen pflegt, um wieviel weniger wird man dann die um so viel hartnäckigere Lues selbst mit der doppelten Tagesgabe, d. h. 1,0 g Spirozid, fassen können! In der Literatur sind ja auch schon wiederholt Versager mit der Spirozidprophylaxe berichtet worden, und ich kann mich auf Grund der gemachten persönlichen Erfahrung nicht dazu entschließen, eine Vorbeugungskur mit Spirozid zu empfehlen. Anscheinend ist eben die Wirkung des Spirozids im Vergleich zum Salvarsan nicht nur schwächer, sondern tritt, was bei der Vorbeugungskur der springende Punkt ist, wesentlich später (ja zu spät) als die Salvarsanwirkung ein.

In der Literatur finden sich über die Spirozidbehandlung des Rückfallfiebers nur zwei Arbeiten. van Nitzen verwandte das Natriumsalz des Spirozids in 10—15%iger Lösung und gab am ersten Tage 0,5 g, am zweiten 1,0 g und am dritten Tage 1,50 g intravenös. Er benötigte mindestens 3 g, meist sogar 6 und 15 g. Die Wirkung ist wesentlich schwächer als die des Salvarsans. Sergobin und Gamot gaben 1,50 g (!) nüchtern auf einmal und konnten damit das Rückfallfieber bei etwa 20 Negern unterdrücken. Sie setzen diese Gabe (1,50 g Stovarsol) gleich 0,6 g des Salvarsans. Erscheinungen von Unverträglichkeit traten nicht auf. Immerhin erscheint eine Gabe von 1,50 g Spirozid auf einmal nicht ungefährlich, und sie wird bei der Luesprophylaxe doch mindestens drei- oder viermal wiederholt werden müssen, wenn man auf einen einigermaßen sicheren Erfolg rechnen will.

Zusammenfassung

Auf Grund eines Falles von Rückfallfieber, bei dem die Unterdrückung selbst nach einer Gesamtmenge von 14,50 g Spirozid nicht gelang, wird von einer prophylaktischen Anwendung dieses Mittels bei Lues abgeraten. Die bisher verwandten Gaben sind allem Anschein nach zu gering, um einen sicheren Erfolg zu gewährleisten, und bei Steigerung der Dosis besteht die Gefahr des Auftretens von unangenehmen Nebenerscheinungen.

Literatur

1. Abschnitt „Rückfallfieber" in Mense's Tropenhandbuch Bd. 5 im Druck. — 2. Ruge, Zwei Fälle von Rückfallfieber mit einigen biologischen Besonderheiten. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1928, Bd. 32, H. 6, S. 316. — 3. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Dermatologische Zeitschrift

1928, Bd. 52, H. 3/4

Die Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Seren, von L. Beretvás, Univ.-Hautkl. Palermo. S. 161. Verf. hat die Hechtsche Reaktion in der Weise modifiziert, daß er zuerst die hämolytische Kraft des Serums feststellt und ferner die Ablesung der Reaktion nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt vornimmt, sondern den Vorgang der Lösung fortlaufend verfolgt. Die mit dieser Technik ausgeführte HR zeigte in größerer Zahl positive Ergebnisse bei Lues latens als die WR an. Durch die HR und MTR wurden 96,3% aller positiven Fälle von Lues, durch die WR und MTR nur 89,3% erfaßt.

Die biologische Bedeutung des Fibrins für den erkrankten Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen, von S. Bergel. S. 171. Verf. hat durch experimentelle Untersuchungen festgestellt, daß das Fibrin die Fähigkeit hat, die Granulationsbildung anzuregen. Außerdem besitzt es starke bakterizide Eigenschaften. Therapeutisch können die genannten Funktionen des Fibrins bei schlecht heilenden Wunden, bei Hautdefekten, bei aseptischen Wunden usw. nutzbar gemacht werden. Bei akut entzündlichen und eiternden Wunden ist die Anwendung von Fibrin kontraindiziert, bei letzteren schon aus dem Grunde, weil die proteolytischen Fermente der polymorphkernigen Leukozyten des Eiters das Fibrin auflösen und unwirksam machen. Künstliches Fibrin wird unter dem Namen „Perfibrin" von der Firma Heyl u. Co., Berlin, hergestellt.

Zum neuen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von R. Strempel. S. 180. Besprechung der wichtigsten Paragraphen des neuen Gesetzes.

Von der Verwendung des Jods bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten, von A. M. Memmesheimer, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 190. Zusammenfassende Darstellung unter Berücksichtigung der in- und ausländischen Literatur.

Ein Fall von Lichen vaccinicus, von W. Richter, Chir. Univ.-Kl. Berlin. S. 219. Der 14 Monate alte Knabe erkrankte 14 Tage nach der Schutzpockenimpfung an einem Hautausschlag, der den ganzen Stamm, Hals und die Streckseiten der Extremitäten befiel und aus hirsekorngroßen, flachen, braunrot verfärbten, teilweise mit kleinen, glanzlosen Schüppchen bedeckten Knötchen bestand. Therapie: Calc. carbonic. D 3, 3mal täglich 1 Tablette. Nach 4 Tagen deutlicher Rückgang der Knötchen, nach 14 Tagen völlige Heilung. Verf. faßt das Krankheitsbild als Ausdruck einer allergischen Vakzineerkrankung auf und schlägt die Bezeichnung Lichen vaccinicus vor. F. Harry-Wiesbaden.

1928, Bd. 52, H. 5

Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit, von J. Konrad, Univ.-Kl. f. Derm. u. Syphilid. Innsbruck. S. 289. Bericht über 2 Fälle. Anamnestisch ist beiden Fällen gemeinsam: 1. die lange Zeit vorher bestehende Nervosität, 2. das Auftreten eines heftigen, gegen die Zeit der Menstruation fast unerträglichen Juckreizes und 3. das nachfolgende Erscheinen der klinischen typischen Veränderungen. Auf Röntgentherapie wurde ein Fall beschwerdefrei, der andere gebessert.

Über die Beziehungen zwischen tertiärer Lues und Nervenlues auf Grund von Liquoruntersuchungen, von B. Levin, Derm. Abt. Rud. Virch.-Krkhs. Berlin. S. 296. Unter 19 unbehandelten Fällen von Tertiär-Lues zeigten 10 ausgesprochen veränderten Liquor, darunter 2 nur eine positive Globulinreaktion. 7 hatten klinische Nervensymptome. Unter 21 behandelten Fällen war der Liquor 9mal positiv. In 7 Fällen waren Erscheinungen von seiten des Nervensystems vorhanden.

Kopfhalter als Zusatzgerät zur Kromayer-Quarzlampe, von G. H. Klövekorn, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 302. Der Apparat dient zur Fixierung des Kopfes bei Quarzlampenbestrahlung. Hersteller: Feinmechanische Werkstätten te Poel, Bonn.

Digitized by Google

Diathermie bei Harnröhrenkarunkeln das Mittel der Wahl, von J. und E. Kottmaier-Mainz. S. 303. Empfehlung der genannten Methode.

Eine praktisch häufige Infektionsweise der Harnblase, von E. Kottmaier-Mainz. S. 308. Blaseninfektionen werden viel häufiger durch falsche hygienische Maßnahmen als durch Katheterisierung hervorgerufen. Verf. macht hauptsächlich die verkehrte Reinigung des Afters nach dem Stuhlgang verantwortlich. Die Patientinnen sind darauf aufmerksam zu machen, daß die Säuberung von vorn nach hinten erfolgen muß. F. Harry-Wiesbaden.

Zeitschrift für Urologie

1928, Bd. 22, H. 6

Harnleiter- und Nierenverdoppelung mit besonderer Berücksichtigung der extravesikalen Harnleitermündungen, von B. Thom, Chir. Univ.-Kl. Berlin. S. 417.

Ein Fall von Harnblasenruptur durch Lithotripsie, von J. Gottlieb-Moskau. S. 469. Die Lithotripsie wurde bei einem 56jährigen Patienten wegen eines 4 ccm großen Blasensteins vorgenommen. Die anschließende Evakuation zurückgebliebener Steinsplitter verlief wie die Lithotripsie ohne Komplikationen. Erst die nach weiteren 12 Tagen sich notwendig erweisende Wiederholung der Evakuation hatte eine Blasenruptur zur Folge. Bei der Operation stellte sich als eigentliche Ursache nicht eine direkte Blasenwandverletzung heraus, sondern ein Riß der Blasenwand infolge Brüchigkeit der Gefäße infolge Arteriosklerose. Verf. weist deshalb darauf hin, daß die Intaktheit des Gefäßsystems Voraussetzung ist für die Evakuation, welche für die Blase gefährlicher ist als die Steinzertrümmerung.

Ein Fall von Cholesterinurie, von A. A. Sokolow, Urol. Kl. Med. Inst. Moskau. S. 471.

Harnstoffbelastung als Nierenfunktionsprüfung, von H. Köhler-Berlin. S. 475.

Primärsklerose in der männlichen Urethra, von J. Zollschan-Györ, Ungarn. S. 483. Ein 28jähriger Arzt zieht sich eine luetische Infektion zu, die infolge verwickelter Anamnese erst nach Ausbruch der positiven Blutreaktion und Inguinalsklerose als spezifisch erkannt werden konnte. Der Sitz des Primäraffektes war der Anfangsteil der Urethra, aus deren Sekret erst nach der eingetretenen Drüsenschwellung und erheblichen Störung des Allgemeinbefindens im Dunkelfeld reichlich Spirochaeta pallida festgestellt werden konnte. Zwischen der Meldung des Patienten und diesem Spirochätennachweis waren 14 Tage verflossen. Die Infektion mußte aber schon 4 Wochen vor der Meldung erfolgt sein.

Erfahrungen mit Stryphnonpräparaten in der Urologie, von W. Hankowski-Wien. S. 486. Stryphnon ist ein dem Adrenalin nahestehendes Präparat zur lokalen und subkutanen Anwendung. Letztere ist wie beim Adrenalin mit Vorsicht zu verwenden. Sehr gute Dienste haben Spülungen der Blase und Instillationen der Harnröhre oder Stryphnonstäbchenbehandlung der Harnröhre bei Blutungen getan. Zur Blasenspülung bei Blasenblutung (Karzinom, Arteriosklerose, Cystitis prostatica) werden 2%ige Lösungen empfohlen. Als Füllflüssigkeit ermöglicht die Lösung oft allein die sonst unmögliche Zystoskopie. Herstellende Firma ist die Phiag, Wien, die fertige Lösung und Tabletten zum Auflösen in den Handel bringt.

Funktionelle Probe mit Natrium salicylicum bei chirurgischen Nierenerkrankungen, von A. P. Frumkin-Moskau. S. 492. H. Lippert-Köln.

Archives of Dermatology and Syphilology

1928, Bd. 17, Nr. 5

Industrial Dermatoses: General Considerations (Gewerbliche Hautkrankheiten: Allgemeine Betrachtungen), von H. R. Foerster-Milwaukee. S. 585. Verf. beleuchtet ihre Ursachen, ihre Formen, ihre Bedeutung für Entschädigungsfragen, ihre Neigung zu Sekundärinfektionen, ihre Verhütung und Behandlung. Nach Verf. wäre die Gründung besonderer Abteilungen für gewerbliche Hautkrankheiten, wie eine bereits in Massachusetts besteht, in Zukunft notwendig.

Roentgen-Ray Treatment of Acne Vulgaris: End-Results in One Hundred and Ninety-One Cases (Röntgenstrahlenbehandlung der Acne vulgaris: Endresultate bei 191 Fällen), von J. C. Michael-Houston, Texas. S. 601. Von 246 mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von Acne vulgaris konnte Verf. 191 Fälle beobachten. Von

Digitized by Google

diesen 191 rezidivieren 35% sofort nach der ersten Bestrahlungsserie. Diese 35% ergeben nach einer zweiten Röntgenbehandlung in 85% der Fälle ein gutes Resultat. Junge Leute bis zu 18 Jahren waren schwerer zu beeinflussen als Patienten über 25 Jahre. Neben der Röntgenbehandlung wird eine bestimmte Diät empfohlen und Störungen des Stoffwechsels und der Menstruation möglichst behoben. Eine prophylaktische Kur nach der Ausheilung anzuschließen erweist sich als falsch. Je weniger bestrahlt wird, um so günstiger die Dauerresultate. Nichtbefolgen der Kohlehydratdiät scheint Rückfälle zu begünstigen. Die Mehrzahl der ausgeheilten Fälle hat Rückfälle innerhalb von 6 Monaten nach Aufhören der letzten Behandlung. Trotz dieses wenig erfreulichen Resultats hält Verf. die Röntgenbestrahlung der Acne vulgaris noch immer für aussichtsreicher als die Anwendung anderer therapeutischer Methoden.

Impressions of Dermatology in North China (Dermatologisches aus Nordchina), von H. L. Keim-Peking, China. S. 619. Verf. beschränkt seine Beobachtungen auf Nordchina, insbesondere auf Peking und seine Umgebung. In einer dortigen Poliklinik mit 100000 Besuchern im Jahre entfallen 10% auf dermatologische und syphilitische Fälle. Skabies ist am häufigsten und ihre Behandlung schwierig wegen des Fehlens jeder Badegelegenheit für die Mehrzahl der Patienten. Wegen der vielverbreiteten Läuse wird der Arzt nicht in Anspruch genommen. Aus der mangelhaften Hygiene erklären sich auch die häufigen tiefgehenden Pyodermien, die besonders an den Beinen meist einer tertiären Syphilis gleichen. Da der Chinese zuerst sich selbst mit Kräutern, Knochenpulver usw. zu heilen versucht, so ist das Auftreten akuter Dermatitiden keine Seltenheit. Einen Lichen planus hat Verf. in 5 Jahren überhaupt nicht gesehen; dagegen viel chronische Ekzeme mit Licheninfikation. Trichophytie und Favus des Kopfes spielen eine große Rolle. Lepra kommt nur sporadisch vor. Eine sehr hartnäckige ungeklärte Veränderung der Füße, sog. „Hongkongfüße", pflegt jeder Behandlung zu trotzen. Die Mortalität der Tuberkulösen ist 400 auf 100000. Auffallend häufig sind tuberkulöse Geschwüre um den After herum, was wohl auf die Sitte, die kleinen Kinder mit unbedecktem Unterkörper sitzen zu lassen, zurückzuführen ist. Die Syphilis scheint nicht häufiger zu sein als in den westlichen Ländern; Primärfälle werden selten gesehen, da der Chinese zuviel selbst kuriert. Nervensyphilis im Frühstadium ist ebenso häufig wie im Spätstadium. Der Chinese ist nicht an eine genügend durchgeführte Behandlung zu gewöhnen. Er schrickt sogar vor dem Nadelstich der intravenösen Behandlung zurück. Pemphigus hat Verf. nie gesehen, und Leukämie und Sarkome sehr selten. Die Hautkrankheiten Nordchinas sind im wesentlichen dieselben wie in allen gemäßigten Zonen.

Clinical Excretion of Mercury: II. After Intramuscular Injections of Mercuric Bromide, After Simple and After Clean Inunction (Klinisch beobachtete Quecksilberausscheidung: II. Nach intramuskulärer Bromquecksilberinjektion, nach einfacher und nach sauberer Schmierkur), von H. N. Cole, J. A. Gammel, J. E. Rauschkolb, N. Schreiber u. T. Sollmann-Cleveland. S. 625. Von Quecksilberbromnatrium wurden 10 mg pro die injiziert; bei der sauberen Schmierkur wurde der Salbenüberschuß durch Benzin entfernt. Der Unterschied der Hg-Ausscheidung im Urin und Kot zwischen den einzelnen Menschen, die mit derselben Methode behandelt wurden, ist größer als der Unterschied zwischen den einzelnen Methoden. Der Ausscheidungsbetrag steigt im Durchschnitt bis zur 3.—4. Woche zu 1,0—1,5 mg pro Tag an. Bei der üblichen Schmierkur ist der Betrag etwa um ¼ größer, bei der sauberen Schmierkur etwa um ¼ kleiner. Nach Injektionen ist die Hg-Ausscheidung im Urin größer, nach der Schmierkur im Kot, was wohl auf gelegentliche orale Hg-Aufnahme zurückzuführen ist. Männer haben bei Schmierkur eine höhere Hg-Ausscheidung als Frauen, was Verf. auf eine intensivere Einreibung zurückführt.

Incomplete Form of von Recklinghausen's Disease: Report of Cases (Unvollständige Form von Recklinghausenscher Krankheit: Bericht von Fällen), von J. J. Eller-New York. S. 648. Verf. berichtet über 2 Familien, in denen einzelne Mitglieder die abortive Form der Recklinghausenschen Krankheit zeigten, d. h. einzelne hell- bis dunkelbraune Pigmentflecke am Körper ohne irgend eine Tumorbildung. Namentlich Kinder hatten diese Form, deren Vater oder Mutter einen ausgeprägten Recklinghausen aufwies. Verf. glaubt, daß diese unvollständigen Fälle von Recklinghausenscher Krankheit im späteren Alter sich zu ausgeprägten Fällen entwickeln werden.

Digitized by Google

Pellagra, with Special Reference to the Skin and Mucous Membrane (Pellagra, mit besonderer Berücksichtigung der Haut und Schleimhaut), von D. Crutchfield-Galveston, Texas. S. 650. Die Pellagra scheint, wie viele endemische Krankheiten, in ihren Erscheinungsformen jetzt milder zu verlaufen. Verf. beobachtete 125 Fälle, von denen 75% Hausfrauen oder Köchinnen waren. Fast jeder Erkrankung ging eine Störung im Magen-Darmtraktus voran. Die Ätiologie bleibt nach Verf. noch dunkel; für die Theorie einer Toxinerkrankung spricht ein Fall, der das typische Bild der Pellagra bot, und bei dessen Sektion ein zerfallendes Mastdarmkarzinom gefunden wurde; ferner die Tatsache, daß in 8% der Fälle die Dermatitis nach Entfernung eines Absorptionsherdes verschwand, ohne je wiederzukehren. Bei den Sektionen war außer einer konstanten fettigen Degeneration der Leber kein spezifischer Befund für Pellagra zu erheben. Fast 65% der Fälle hatten Erscheinungen an den Schleimhäuten. Glossitis war das häufigste Symptom; Stomatitis trat in 31%, Gingivitis in 16%, Vulvovaginitis in 12%, Prostatitis in 10% der Fälle auf. Die Schleimhauterkrankungen sind charakteristisch für Pellagra und pflegen der Dermatitis, der Diarrhoe und dem geistigen Verfall voranzugehen. Für Hauterscheinungen spielt das Trauma eine große Rolle. Die Therapie bestand in hoher Eiweißzufuhr; 64 Patienten besserten sich; 8 hatten keine weiteren Anfälle. Die Mortalität betrug 20%.

Urticaria. II. The Experimental Wheal Produced on Normal Skin Through Internal Channels (Urticaria. II. Experimentelle Quaddel, auf normaler Haut von innen her hervorgerufen), von A. u. M. Walzer-New York. S. 659. Verf. ruft künstlich die Symptome der Urtikaria: Pruritus, Erythem und Blasenbildung hervor. Er injiziert Serum von Personen, die gegen eine bestimmte Nahrung empfindlich sind und läßt seine Versuchsperson dieselbe Nahrung zu sich nehmen. Die Art der Technik sowie die verschiedenen Blasenbildungen werden aufs genaueste beschrieben. Der klinische Verlauf dieser experimentellen Urtikaria ist dem der spontanen Urtikaria sehr ähnlich.

Concurrent Herpes Zoster and Varicella (Gleichzeitiges Vorkommen von Herpes zoster und Varizellen), von J. B. Shelmire u. B. Shelmire-Dallas, Texas. S. 687. Ein 52jähriger Mann erkrankt an heftiger Neuralgie der rechten Gesichtshälfte; 3 Monate später entsteht an dieser Stelle ein Herpes zoster gangraenosus des r. N. V. Die rechte Zungenhälfte und die Mundschleimhaut auf der rechten Seite sind mit Blasen besetzt. Da eine motorische Lähmung der rechten Gesichtshälfte hinzukommt, so wird auf eine ganglionäre Beteiligung geschlossen. 2 Tage nach Auftreten des Herpes entwickeln sich am ganzen Körper typische Varizellen. Bald darauf Exitus trotz Tracheotomie. Bei der Sektion finden sich pathologische Veränderungen des Ganglion Gasseri, die den Veränderungen der Spinalganglien bei Herpes zoster der dorsalen Nerven entsprechen. Die Übertragung des Varizellenvirus auf Kaninchenkornea gelingt nicht. 14 Tage nach der Erkrankung des Mannes zeigt seine Tochter typische Varizellen; sie war inzwischen keiner derartigen Ansteckung ausgesetzt gewesen.

Alopecia Areata and Emotional Stress (Alopecia areata und Gemütserregung), von W. A. Pusey-Chicago. S. 701. Ein junger gesunder Eisenbahnangestellter befand sich in einem Zug, der einen Kindertransport überfuhr, wobei etwa 40 Kinder getötet wurden. Etwa 10—14 Tage nach diesem Erlebnis bekam er eine typische Alopecia areata.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Bücherbesprechungen

Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen. Ein Lehrbuch für Ärzte, von F. Callomon-Dessau (Anhalt). 2. neubearbeitete und erweiterte Auflage mit 62 zum Teil farbigen Textabbildungen. Preis RM. 18.—, geb. RM. 20.—. Verlag G. Thieme, Leipzig 1928. Die Tatsache, daß Callomons Lehrbuch „Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen" nunmehr nach dem kurzen Zeitraum von 4 Jahren in einer neuen und verbesserten Auflage vorliegt, ist ein sprechender Beweis dafür, daß der Verf. mit seiner Arbeit trotz der großen Zahl der vorhandenen Bücher über die Geschlechtskrankheiten eine fühlbare Lücke ausgefüllt hat. Bei allem Bestreben, das Stoffgebiet bei

Digitized by Google

der Neubearbeitung abzurunden, blieb das Augenmerk des Verf. „mehr auf Vertiefung als auf Verbreiterung der Schilderung gerichtet". Trotz knappster Form ist bei genauester Fassung jedes Kapitel völlig erschöpft. Besprochen sind die Lokalisationsformen wichtiger Dermatosen im Genitoanalgebiet, die Dermatomykosen, die Dermatozoonosen, der Pruritus anogenitalis, das spitze Kondylom, das Molluscum contagiosum, die Herpeserkrankungen im Genitalgebiet, sämtliche Formen des nichtvenerischen Genitalgeschwürs, die Balanitisformen, die abakteriellen und bakteriellen Harnröhrenkatarrhe, die mykotischen Harnröhrenkatarrhe, die Amöben- und Flagellatenurethritis, die Urethritis durch exogene Reize, die traumatische und kongestive Urethritis, die Urethritis infolge Ausscheidung gelöster reizender Stoffe mit dem Harn, die Urethritis als Folge allgemeiner Krankheitszustände, die Urethritis herpetica, die Urethritis bei Neubildungen, die nichtvenerischen Erkrankungen der Schwellkörper, der Cowperschen- und Bartholinischen Drüsen, der Hoden und Nebenhoden und des Lymphapparates. Am Schlusse befindet sich eine sorgfältige Zusammenstellung der Arbeiten über das Wissensgebiet der nichtvenerischen Erkrankungen.

Das große Gebiet der Tumoren der Genitalgegend wurde in der neuen Auflage weit eingehender berücksichtigt als bei der ersten; demgemäß erhielt das Kapitel über das maligne Genitalgeschwür eine völlig neue Fassung. Das verwickelte Kapitel der Herpesätiologie mußte entsprechend der Wandlung der Anschauungen grundlegend geändert werden. Spitzes Kondylom, Ekzem und Pruritus des Anogenitalgebiets sind teilweise umgeändert. Besondere Berücksichtigung fanden die neueren Ergebnisse der Pilzforschung im Abschnitt über die Dermatomykosen des Genitalbezirks, wobei auch auf die fließenden Übergänge eingegangen wurde, die sich daraus ergeben, daß der gleiche pilzliche Erreger unter Umständen verschiedene Hautveränderungen hervorzurufen vermag, andererseits das gleiche klinische Bild durch verschiedene Erreger bedingt sein kann. Bei Affektionen, deren Ätiologie und Abgrenzung noch zur Diskussion steht, wie den Einschlußkrankheiten, den pseudosyphilitischen Ulzera des weiblichen Genitale, der Leukokeratosis und Kraurosis penis u. a., wurde ein kurzer Überblick über die wichtigsten Befunde und Anschauungen gegeben. Knappheit des Raumes verbot hierbei freilich eine zu weite Aufführung der Einzelpublikationen. Bei allen diagnostisch wichtigen Affektionen wurde auf eine stärkere Herausarbeitung der pathologisch-anatomischen Zusammenhänge besonderer Wert gelegt.

Neu hinzugefügt worden sind die Abschnitte über Aktinomykose und Erysipel der Genitalien, über einige seltene Formen genitaler Ulzera (Aphthosis, Pseudodiphtherie der Genitalien, Ectodermose érosive pluriorificielle, grippöse Geschwüre), über die Papillae coronae glandis, die du Castelsche Balanitis, sowie über neuerschlossene Bilder der nichtgonorrhoischen Urethritis und Epididymitis (Protozoen- und Amöbenurethritis, Pasteurellainfektion, mykotische Urethritis, metastatische Epididymitis und Orchitis bei Grippe, Maltafieber, Retropharyngealabszeß u. a., Spontanuntergang des gesunden Hodens usw.).

Das Abbildungsmaterial ist durchweg gut gelungen. Besonderes Interesse werden die vortrefflichen Wiedergaben der Scherberschen Moulagen von Vakzinepusteln der Genitalgegend und von Elefantiasis der kleinen Labien erwecken, ebenso die Abbildung von Bowenscher Krankheit am Penis, die Bilder von Eczema marg. und von Soor der Genitalien (Bruhns-Alexander) u. a.

Ein solches Tatsachenmaterial ist in keinem Lehrbuch in einer so vollständigen Bearbeitung erschienen, und es bleibt erstaunlich, daß der Verf. es auf 195 Seiten in erschöpfender Weise zusammenfassen konnte. Das Callomonsche Buch wird seine einzigartige Bedeutung in der dermatologischen Literatur behalten und Praktikern und Spezialisten ein sicherer Wegweiser durch das große und schwierige Gebiet der nichtvenerischen Genitalerkrankungen sein. Meirowsky-Köln a. Rh.

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 18: Syphilistherapie. Bearbeitet von J. Almquist, W. Heuck, C. A. Hoffmann, F. Juliusberg, W. Kerl, P. Linser, S. Lomholt, P. Manteufel, H. Müller, A. Perutz, J. Pohl, O. Rosenthal, W. Weise, J. Werther, W. Worms. Verlag J. Springer, Berlin 1928. Preis RM. 136,—, geb. RM. 144,—. In einem stattlichen Bande von über 1000 Seiten ist die Syphilistherapie nach allen Richtungen hin abgehandelt worden. Die einzelnen Autoren beschränken sich nicht nur auf die praktische Seite der Therapie, sondern erörtern auch ausführlich die theoretischen Grundlagen. Lomholt-Kopenhagen bespricht zunächst die Wirkung des Quecksilbers, die analytischen Methoden zum Nachweis der Schnelligkeit, mit der die Aufnahme des Quecksilbers erfolgt und die Art und Weise, wie es sich im Organismus ausbreitet und wie es später ausgeschieden wird. Die Wirkung des Quecksilbers bei der

Digitized by Google

Affen- und Kaninchensyphilis wird ebenfalls erörtert. In einem weiteren Kapitel über die Injektionsbehandlungen werden die Methoden der Injektion, die Art der Lösung sowie die Ausscheidung der verwendeten Präparate und ihre Wirkung auf die die Injektionsstelle umgebenden Muskeln besprochen und durch zahlreiche Tabellen erläutert. Der Theorie der Quecksilberwirkung folgt ein Kapitel über die Praxis der Behandlung durch O. Rosenthal. Nach einem historischen Überblick über die Geschichte der Quecksilberbehandlung wird eine genaue Darstellung der verschiedenen Anwendungsformen in ganz ausführlicher Form gegeben. Die Quecksilberschädigungen werden von Almqvist in mustergültiger Form abgehandelt und durch ein glänzend geschriebenes Kapitel über die Geschichte des Quecksilbers eingeleitet. Sämtliche bekannten Schädigungen der Haut, im Darmkanal, in den Schleimhäuten, den Drüsen und im Nervensystem werden abgehandelt. Die theoretische Grundlage der Wismutbehandlung wurde wiederum von Lomholt besprochen. Es werden die Zustandsformen des Wismuts im Organismus und die Art seiner Wirkung gegenüber den syphilitischen Infektionen der Organe, die Tierexperimente, Untersuchungen über therapeutischen Wert und die Toxizität des Wismuts, die Methoden zum Nachweis und Absorption, die Verteilung und die Ausscheidungsweise des Wismuts ausgiebig erörtert. Die Praxis der Wismutbehandlung wird von Müller-Mainz ausführlich besprochen, u. a. die Wirkung des Wismuts auf die verschiedenen Äußerungsformen der Syphilis, die Anwendung von Wismut bei der Gravidität und der kongenitalen Syphilis und seine Wirkung auf die WR. Die therapeutischen Wismutpräparate werden eingeteilt in metallische Wismutpräparate, organische Präparate, anorganische Präparate und Jod-Wismut-Kolloide. Die gebräuchlichsten deutschen Wismutpräparate sind zusammengestellt und alsdann die verschiedenen Behandlungsformen der Einführung in den Organismus besprochen. Die Nebenwirkungen der Wismutbehandlung werden von Juliusberg ausführlich geschildert. Weise, Linser und Kerl handeln die gesamte Salvarsantherapie ab. Weise gibt eine vollständige Entwicklungsreihe der Entstehung der organischen Arsenpräparate. Er beginnt mit der Darstellung der Kakodylverbindungen in der Cadetschen Flüssigkeit durch R. Bunsen, leitet über zu den systematischen Untersuchungen von A. Michaelis und seinen Mitarbeitern über die aromatischen Arsenverbindungen und sieht die dritte wichtige Etappe zur Entdeckung des Salvarsans in der strukturellen Aufklärung des Atoxyls durch Ehrlich und Bentheim, an die sich alsdann die Arbeiten Ehrlichs und seiner Mitarbeiter zum weiteren Ausbau der aromatischen Arsenverbindungen anschließen. Die Praxis der Salvarsanbehandlung hat Linser ausführlich und vollständig behandelt. Die Hauptschuld an der teilweisen Diskreditierung der Mischspritzen schiebt er dem Zyarsal zu, da man nie den Beweis zu erbringen versucht habe, daß das Zyarsal für sich allein eine antiluetische Wirkung auszuüben vermag. Linser empfiehlt auch weiter die Anwendung der Mischspritze und hat mit seiner Methode anscheinend glänzende therapeutische Erfolge erzielt. W. Kerl hat alle bekannten Salvarsanschädigungen ausführlich besprochen. Die Therapie mit Jodpräparaten wird in einem theoretischen, experimentell-pharmakologischen Teil von Pohl und in ihrer praktischen Anwendung von Heuck besprochen, während die Therapie mit anderen Syphilismitteln von Perutz abgehandelt wird. Hier interessiert am meisten außer den immunbiologischen Behandlungsmethoden die unspezifischen Behandlungsverfahren der Syphilis, von denen die Malariatherapie kurz, aber prägnant abgehandelt wird. Der Verf. begrüßt es, daß Ritter und Volker die Indikationen zur Malariatherapie in der Hauptsache auf solche Fälle von Lues, bei denen die WR trotz intensivster Behandlung nicht negativ wird, beschränken und auf alle Fälle mit pathologisch verändertem Liquor. Als relative Indikationen werden bezeichnet: Zellzahlen von 11/3—20/3, bei denen die Eiweißreaktionen negativ, schwach positiv sind oder nur eine von beiden positiv ist und positiver Ausfall der Eiweißreaktion bei auffallend hohem Druck und normaler Zellzahl. Für den Verf. bedeutet die Berücksichtigung des unspezifischen Heilfaktors schließlich nur die moderne, biologische Umschreibung des alten Satzes: Nicht die Syphilis ist zu behandeln, sondern der Syphilitiker. Wichtig ist auch das Kapitel über die physikalische Behandlung der Syphilis von C. A. Hoffmann. Schwitzprozeduren, Hitzebehandlung, Hydrotherapie, Bäder, Licht, Elektrizität, Gymnastik, Massage, Bewegungstherapie werden in ihren Indikationen und Kontraindikationen besprochen. Der Band enthält weiter eine Abhandlung von Werther über die Abortivbehandlung und schließt mit einer Arbeit von Manteufel und Worms über die persönliche Prophylaxe der Syphylis. Ausgezeichnete Literaturverzeichnisse und 43 zum Teil farbige Abbildungen ergänzen die Ausführungen der verschiedenen Autoren und machen das wertvolle Werk zu einem unentbehrlichen Handbuch für den Praktiker und Wissenschaftler. Leider muß gesagt

Digitized by Google

werden, daß bei dem Anschaffungspreis von RM. 144.— für das gebundene Exemplar es dem Praktiker schwer möglich gemacht wird, sich das Werk anzuschaffen. Es scheint der Dermatologischen Gesellschaft, die das Handbuch herausgibt, nicht gelungen zu sein, den Verlag zu veranlassen, dieses wichtige Nachschlagewerk zu einem erschwinglichen Preise zum Absatz zu bringen. Meirowsky-Köln.

Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, zugleich ein Lehrbuch, von W. Frieboes-Rostock. Liefg. 14. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1928. Preis RM. 10,—. Textlich bringt der letzte Band dieses Werkes neben allgemeinen Betrachtungen über die Auswirkung des neuen Gesetzes zur Bekämpfung und neben Nachträgen einen ausführlichen Abschnitt über die serologische Diagnostik vom früheren Oberarzt der Klinik, Felke. An Bildern werden sehr gute Reproduktionen von tertiärer und kongenitaler Lues gebracht. Somit ist dieses Werk in seinen sämtlichen 14 Lieferungen erschienen, die wir schon einzeln stets ausführlich gewürdigt haben. Hier möchte Ref. nur noch einmal hervorheben, mit welch außerordentlichem Genusse man jede einzelne Lieferung stets gelesen und durchblättert hat. Es ist eine Freude, die ganz ausgezeichneten farbigen und schwarz-weißen Abbildungen durchzusehen, unter denen sich kaum eine einzige findet, an der irgend etwas Erhebliches auszusetzen wäre. Der Verf. hat mit diesem Werke der Dermatologie einen Atlas geschenkt, der sich würdig an ältere ähnliche Werke anreiht. Ganz besonders wertvoll wird aber dieser Atlas dadurch, daß nicht nur den einzelnen Abbildungen kurze Erklärungen beigegeben sind, sondern daß ein ausführlicher Text als Lehrbuch angefügt ist. Mit Recht hat Verf. dabei Wert darauf gelegt, nicht alles in den Text aufzunehmen, was nur von kurzer, noch nicht gesicherter Bedeutung ist, vielmehr nur all das aus Ätiologie, Diagnostik und Therapie, worauf der Praktiker weiter aufbauen kann. Es soll der Text das Gerüst dermatologischer Arbeit sein, das als gesicherte Grundlage zur weiteren Arbeit und Forschung anregen soll und dem sich der Rat und Hilfe suchende Arzt sicher anvertrauen kann. Wertvoll und zweckmäßig ist dabei die Einrichtung, daß Text und Atlas gesondert gebunden werden können. Anerkennung muß auch dem Verlage gezollt werden, der in Ausstattung und Wiedergabe der Bilder in keiner Weise gespart hat und trotzdem durch die monatliche Lieferung und einen für das Werk verhältnismäßig niedrigen Preis jedem die Anschaffung ermöglicht hat. E. Langer-Berlin.

Syphilis, von H. H. Hazen. 2. Auflage. The C. V. Mosby Company, St. Louis 1928. Preis 10 $. Die 2. Auflage dieses Werkes stellt in mancher Hinsicht ein neues Buch dar, da viele Kapitel — die 1. Auflage erschien im Jahre 1919 — wegen der seitdem erzielten Fortschritte völlig neu geschrieben und andere einer eingehenden Umarbeitung unterzogen werden mußten. Auch einen Teil der früher von anderen Autoren bearbeiteten Abschnitte hat der Verf. selbst übernommen und dadurch ein einheitlicheres Werk geschaffen. Die Stärke des Buches liegt vor allem auf didaktischem Gebiete. Die kurze, treffende Darstellung beschränkt sich überall auf das Wesentliche. Sie bringt dies in klarer, manchmal vielleicht einfacherer Form, als dies dem kritischen Betrachter der Dinge vertretbar erscheint. Aber darin darf man andererseits wieder einen Vorteil für den Studenten und Allgemeinpraktiker sehen. Kurze und treffende Leitsätze wie: „Be quick to suspect syphilis, be slow to diagnose syphilis," wirken nachhaltiger wie lange Ermahnungen. Einem einleitenden Abschnitt über die Beteiligung der verschiedenen Bevölkerungsschichten an der Erkrankung, über die ökonomische und soziale Bedeutung der Krankheit folgen Kapitel über die Ätiologie, Pathologie und den klinischen Verlauf. Bei diesem sind Primärstadium und frühe sowie späte Hautveränderungen unterschieden, eine glückliche Lösung der umstrittenen Stadienbezeichnung. Der Darstellung der Erscheinungen an der Haut, an den Haaren und an den Nägeln folgt die der Mund- und Kehlkopfveränderungen, die des Atmungs- und Verdauungstraktus, des Gefäß-, Knochen-, Gelenk-, Muskel- und Sehnensystems, des Urogenitalapparates, der endokrinen Drüsen und des Zentralnervensystems; ein Abschnitt über Augen- und Ohrenerkrankungen und die kongenitale Syphilis schließen diesen Teil ab. Den Glanzpunkt bilden die Abschnitte über Differentialdiagnose, Prognose, Prophylaxe und Behandlung, bei welchen — aus der Feder des gewiegten Praktikers — auch die Hilfsmittel des Laboratoriums, vom Dunkelfeld bis zum Röntgenapparat, eine kritische Bewertung erfahren. Der didaktische Wert des Buches wird durch 165 größtenteils ausgezeichnete photographische Wiedergaben, vor allem klinischer Befunde, unterstützt: in unserem erscheinungsfreien Mitteleuropa eine Fundgrube für den morphologisch-diagnostisch eingestellten Kliniker. Eine bis auf die neueste Zeit durchgeführte Literaturangabe bildet eine wertvolle Ergänzung. O. Gans-Heidelberg.

Digitized by Google

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Leitfaden für den praktischen Arzt, von L. Hauck-Erlangen. 2., völlig neubearbeitete Auflage. Preis RM. 12.—, geb. RM. 14.—. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig. Um mehr als einen Druckbogen ist die soeben erschienene 2. Auflage des Hauckschen Werkes erweitert. Neu aufgenommen ist das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die Behandlung der Syphilis ist durch Einbeziehung der Wismut- und Malariabehandlung ergänzt; über Lymphomatosis inguinalis subacuta findet sich ein neuer Abschnitt eingefügt. Auch sonst hat eine sorgsame Durcharbeitung des gesamten Textes auf Grund des gegenwärtigen Standes der Wissenschaft stattgefunden. Das überaus klar und flüssig geschriebene Buch ist nicht nur für den praktischen Arzt ein guter Ratgeber, sondern wird auch vielen Dermatologen manche wertvolle Anregung geben. Riecke-Göttingen.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

Über den Brustschmerz der Luetiker, von R. Bauer, II. Med. Abt. Krkh. Wieden Wien. (M. Kl., 1928, Nr. 10, S. 365—368.) Eine Zunahme der Aortenerkrankungen der Syphilitiker durch die modernen Behandlungsmethoden kann keinesfalls behauptet werden. Für die syphilitische Aortitis ist der Brustschmerz ein äußerst charakteristisches Symptom; es zeigt sich quälender, beißender oder zwickender Schmerz mit einem gewissen Beklemmungsgefühl verbunden, besonders nach raschem Gehen oder körperlicher oder seelischer Anstrengung auftretend, in Schulter, Arm, Wirbelsäule ausstrahlend. Durch Ruhe, Lagewechsel geht er bald vorüber. Von der Angina pectoris der Sklerotiker ist er durch Fehlen des Vernichtungsgefühls unterschieden. Die Diagnose ist meist durch positive WR zu bestätigen. Objektiv über der Spitze und der Aorta leichtes systolisches Geräusch. Die Erscheinungen können in schwere Formen der Angina pectoris mit Vernichtungsgefühl übergehen, während sie zum Unterschiede von dieser durch geeignete Behandlung heilbar sind. Bei dieser Aortalgie der Syphilitiker kommt die bei der Angina pectoris empfohlene operative Behandlung durch Durchschneidung der vom Orte des Schmerzes zum Zentralnervensystem ziehenden Fasern nicht in Betracht. Vielmehr muß die Behandlung eine spezifische sein: 5—6 Wochen hindurch einmal wöchentlich Salvarsan von der halben Dosis I bis zu Dosis II steigend, zweimal wöchentlich 1 ccm Embial. Dieser Behandlungszyklus wird halbjährlich wiederholt, in der Zwischenzeit Jod. Nach 2 Jahren ist der Patient gewöhnlich beschwerdefrei und zeigt negative WR. Bei Verdacht von Veränderung der Koronararterien, wobei mit Herzinsuffizienz zu rechnen ist, wird besser Spirozid gegeben (an drei aufeinanderfolgenden Tagen ½—1 Tablette zu 0,25 g, mit folgender dreitägiger Pause, im ganzen so viel Tabletten als der Hälfte des Körpergewichts in Kilogramm entspricht). E. Levin-Berlin.

Lésions cardiaques congénitales en rapport avec l'hérédo-syphilis (Die Beziehungen angeborener Herzkrankheiten zu der kongenitalen Syphilis), von L. Babonneix und Delarue. (Gaz. des hôp., 1928, Nr. 25, S. 441—442.) Bei der Entstehung der Herzleiden wirkt die Syphilis entweder durch ihren dystrophischen Einfluß, der spezifisch sein kann, aber sich nicht von anderen gewöhnlichen unterscheidet, oder durch direkte aktive Wirkung der Spirochäten. An verschiedenen Fällen werden die Beziehungen zur kongenitalen Syphilis gezeigt, an die man bei angeborenen Herzleiden in Verbindung mit sonstigen Stigmata denken soll, wenngleich von der spezifischen Behandlung für das Herzleiden selbst kein großer Erfolg zu erwarten ist. E. Levin-Berlin.

Zur Diagnostik der Syphilis der Harnblase, von B. Nikitin, Chir. Univ.-Kl. Saratow. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 11, S. 660.) Im Sekundärstadium finden sich Hyperämie, Lamellen, Papeln, Erytheme; im Tertiärstadium Geschwülste und Geschwüre mit unregelmäßigen scharfen Rändern und einem graueitrigen Grund. Die

Digitized by Google

Diagnose ist schwierig, weil sich das Bild infolge hinzutretender Sekundärinfektion bald verwischt. Deshalb soll man in allen Fällen hartnäckiger Zystitis eine spezifische Behandlung einleiten, um so mehr als die WR hierbei nicht absolut zuverlässig ist. F. Landauer-Berlin.

Luetische Erkrankungen des Zentralnervensystems, von H. Herschmann. (W. m. W., 1928, Nr. 11, S. 346.) Fortbildungsvortrag. E. Langer-Berlin.

Zur Kasuistik der Bedeutung eines Trauma für Neurolues, von Anfimow, (Kubanskij Nautschno-Medicinskij Westnik, 1928, Bd. 7/8, S. 268.) Ein 19jähriger Schüler, wie sich später erwies, Kind syphilitischer Eltern, erkrankte nach Fall auf den Kopf, zuerst an Bewußtlosigkeit, dann Kopfschmerzen, Erbrechen, unabhängig von den Nahrungsaufnahmen usw. Die klinische Untersuchung ergab die klassischen Zeichen einer Geschwulst des Gehirns, was auch röntgenologisch seine Bestätigung fand. WR ++++. Die Geschwulst wurde als Gumma aufgefaßt. Ehe aber noch eine Operation vorgenommen werden konnte, entwickelte sich beim Kranken eine galoppierende Schwindsucht, an der er zugrunde ging. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der kindlichen und jugendlichen Formen der progressiven Paralyse, von Lukina-Dechterewa. (Russkaja Klinika, 1928, Bd. 9, Nr. 45.) Verf. beschreibt einen seltenen Fall von progressiver Paralyse bei einem 14jährigen Knaben, dessen Mutter gleichfalls an progressiver Paralyse leidet. Bei beiden handelte es sich um hereditäre Lues. A. Jordan-Moskau.

Maladie de Friedreich avec main bote. Hérédo-syphilis (Friedreichsche Krankheit mit Klumphand. Kongenitale Syphilis), von H. Roger, Siméon und Coulange-Marseille. (Gaz. des hôp., 1928, Nr. 28, S. 501—504.) Der Fall zeigt verschiedene neurologische Besonderheiten, bemerkenswert ist die beiderseitige Klumphand. Bei einem Bruder liegt möglicherweise eine forme fruste der Krankheit vor; bei dem Patienten soll diese im 9. Lebensjahre im Anschluß an eine schwere akute Infektion (Meningo-Enzephalitis?) aufgetreten sein, die wohl auf kongenitale Syphilis zurückzuführen ist. Die bei ihm positive WR ist nach Wismutkur negativ geworden. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Meningitis basilaris et Meningomyelitis luetica mit dem Syndrom Froin bei einem 12jährigen Knaben, von M. Jogihess. (Journal zur Vervollkommnung der Ärzte, 1928, Nr. 4.) Ein kasuistischer Beitrag. A. Jordan-Moskau.

La syphilis du placenta (Die Syphilis der Plazenta), von E. Imparato. (Progr. méd., 1928, Nr. 13, S. 539—543.) Die Plazenta zeigt bei Syphilis makroskopische (Vermehrung des Gewichts von $^1/_6$ auf $^1/_4$ des kindlichen, Infarkte) und mikroskopische Veränderungen (Hypertrophie der Zotten, Vermehrung der Gefäße mit Dilatation und Obliteration). Von allen diesen Veränderungen, die sich nur in einem gewissen Prozentsatz der Fälle, andererseits aber auch bei anderen Affektionen finden, hat kein einziges einen pathognomonischen Wert und gestattet nicht mit Sicherheit die Diagnose der Syphilis. E. Levin-Berlin.

Zur Diagnose der kongenitalen Syphilis bei Brustkindern, von Naneischwilin und Wartasarowa. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1928, Jg. 24, Nr. 5.) Die Bearbeitung des Materials der IV. Tifliser Konsultation für Brustkinder ergab in 6,5% das Vorkommen von kongenitaler Syphilis. Bei der Schwierigkeit der Diagnose einer kongenitalen Syphilis war jedem verdächtigen Symptom große Beachtung geschenkt worden und in einem solchen Falle eine Untersuchung der zerebrospinalen Flüssigkeit vorgenommen worden. Die Lumbalpunktion ist mit keinen Gefahren für das Kind verbunden. A. Jordan-Moskau.

Lues congenita und Poliomyelitis, von Alterthum, Inn. Abt. Kinderheilanst. d. Stadt Berlin in Buch. (D. m. W., 1928, Nr. 13, S. 522.) Im Laufe von 8 Jahren entstanden in der Kinderheilanstalt 8 Fälle von Poliomyelitis, davon 7 bei jungen kongenital-syphilitischen Kindern. Die Erkrankung trat in drei zeitlich weit auseinanderliegenden Perioden und auf vier verschiedenen, zum großen Teil mit Nichtsyphilitikern belegten Stationen auf. Klinisch war nur das Vorhandensein einer starken Hyperästhesie vor dem Auftreten der Lähmungen bemerkenswert. Verf. vermutet, daß die neuzeitliche antisyphilitische Behandlung das Nervensystem ungünstig beeinflusse und dadurch eine Disposition zur Poliomyelitis schaffe. 3 Kinder erkrankten während der Behandlung, bei drei anderen war die Kur nach 2, 4 und 6 Wochen erst beendet. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Spastische Hemiplegie und Kongenitallues im Kindesalter, von V. Mikulowski-Karl- und Maria-Kinderspital in Warschau. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 9, S. 245 bis 247.) Ein 2jähriges Kind erkrankt ohne Temperaturerhöhung an einer vollständigen linksseitigen spastischen Hemiplegie und geht an einer 14 Tage später eintretenden rechtsseitigen fieberhaften Bronchopneumonie zugrunde. Die Hemiplegie wird auf spezifische Entzündung der Hirngefäße infolge kongenitaler Syphilis bezogen, und zwar mit Rücksicht auf positive WR. Die Sektion ergab keine für Syphilis charakteristischen Gefäßveränderungen, keine Spirochäten.

E. Levin-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose

Experimentelle Syphilisstudien, IV. Mitt., Versuche über Syphilis-Immunserum, von H. Reiter-Rostock. (D. m. W., 1928, Nr. 13, S. 519.) Nach den im Tierversuch gewonnenen Ergebnissen hat die Verwendung von Syphilis-Immunserum keine praktische Bedeutung. Die Wirkung der Immunsera besteht nur in einer Verzögerung des Ausbruches manifester Infektionserscheinungen und ist nie stark genug, um eine Infektion zu verhüten.

F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen über die Immunitätsvorgänge bei Syphilis (Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit von H. Kroó und F. O. Schulze im Jg. 7, Nr. 6, S. 246 dieser Wschr.), von F. Klopstock-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 13, S. 600.)

Erwiderung, von H. Kroó-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 13, S. 601.) Polemik zwischen den Autoren, in der es sich in erster Linie um die Priorität handelt. Wesentlich Neues wird nicht vorgebracht.

E. Langer-Berlin.

Die Bedeutung der experimentellen symptomlosen Syphilisinfektion für die Erforschung der Lues-Epidemiologie und -Pathologie, von W. Kolle. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 106, S. 134.) Verf. hält es für sehr wahrscheinlich, daß beim syphilitischen Menschen die Immunitätsverhältnisse denen beim experimentell infizierten Kaninchen gleichen. Demnach müßte die sog. Syphilisimmunität des Menschen als Infektionsimmunität aufgefaßt werden. Diese wiederum ist nur eine Scheinimmunität, weil sie zwar bei neuer Infektion das abermalige Entstehen von Schankern verhütet, aber nicht zur Abtötung neu eindringender oder von der Erstinfektion noch vorhandener Spirochäten führt.

F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Mit dem ersten Oktoberheft (Nr. 40) der Dermatologischen Wochenschrift geht die Redaktion des Referatenteils von Frau Dr. Marie Unna-Hamburg an Herrn Dr. Fritz Callomon-Dessau über. Frau Dr. Marie Unna hatte nach dem Tode von Herrn Dr. Paul Taenzer-Bremen dieses Amt einst unter sehr schwierigen äußeren Verhältnissen übernommen und zum Besten der Zeitschrift neun Jahre lang in hervorragender Weise verwaltet. Zu unserem größten Bedauern hat Frau Unna aus äußeren Gründen sich veranlaßt gesehen, ihr Amt aufzugeben. Verlag und Redaktion sprechen Frau Dr. Unna für ihre verdienstvolle Tätigkeit den aufrichtigsten Dank aus.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 38 (Bd. 87) 22. September 1928

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Joseph-Universität in Szeged (Ungarn) (Vorstand: Prof. Dr. F. v. Poór)

Hydrogensuperoxyd als Schälmittel

Von

Doz. Dr. K. v. Berde, Adjunkt der Klinik

Obzwar unser kosmetisches Arzneiarsenal reichlich über Mittel verfügt, deren entsprechende Anwendung eine Schälung der obersten Schichten der Epidermis bewirkt, ohne daß das Korium geschädigt wird und der Eingriff bleibende Spuren hinterließe, und obzwar die Behandlung mit ultravioletten Licht durch die folgende Entzündung ebenfalls eine Schälung zur Folge hat, die, abgesehen von der etwaigen Pigmentierung, vom kosmetischen Standpunkt genügend zufriedenstellende Resultate ergibt, finden sich in der Praxis dennoch nicht selten Fälle von krankhafter Pigmentbildung der Epidermis, wo nach Abschluß der l. a. durchgeführten und eventuell wiederholten Schälkur die Pigmentierung — zwar schwächer — aber dennoch hartnäckig weiterbesteht. Durch die mit verschiedenen Mitteln wiederholt vorgenommenen Prozeduren verliert der Kranke nur zu oft die Geduld und eventuell auch das Vertrauen, obwohl er sich — besonders bei Pigmentierung unverdeckter Körperteile — gern einer radikaleren wenn auch schmerzhaften Kur unterwirft, wenn sie nur erfolgreich zu werden verspricht.

In einigen hartnäckigen Fällen von Chloasma fühlte ich mich veranlaßt, das zur Entfärbung schon von jeher benutzte Wasserstoffperoxyd in einer stärkeren Konzentration als die übliche anzuwenden. Mit Hilfe eines einfachen Verfahrens wurde dafür gesorgt, daß das Mittel einerseits gleichmäßig über die zu behandelnde Fläche verteilt werde, andererseits, daß seine pigmentzerstörende oberflächlich nekrotisierende Wirkung bloß in dem gewünschten Maße zur Geltung komme.

Die Ausführung des Verfahrens gestaltet sich sehr einfach und ist überall leicht durchführbar. Das zu behandelnde Gebiet wird mit einem Äther- oder Benzinwattebausch entfettet, hierauf mit einem Stückchen Schmirgelpapier unter sehr sanftem Druck in den verschiedensten eng aneinander gelegenen Richtungen gerieben. Da es Zweck dieses Reibens ist, bloß bis auf den Grund des Stratum corneum und niemals bis ins Korium zu dringen, muß das Schmirgelpapier stets feinkörnig und der angewandte Druck stets gering sein; es darf nach dem Reiben niemals zu streifenförmigen Blutungen kommen. Beim Reiben soll man in rascher Aufeinanderfolge die Richtung wechseln, auf diese Weise wird der ge-

Digitized by Google

wünschte Erfolg in 10—15 Sek. erreicht. Die geriebene Fläche wird leicht gerötet und als Zeichen kleinster Schädigungen der Hornschicht zeigt sich eine feine mehlartige weißliche Schälung. Das so vorbereitete Gebiet wird nun mit in H_2O_2 getränkten kleinen Wattebauschen 4—5 Sek. lang eingerieben, worauf es erblaßt und der Kranke einen brennenden Schmerz verspürt. Nach Eintreten des Erblassens wird das überflüssige H_2O_2 abgewischt, wobei sofort klar zu sehen ist, ob das vorbereitende Reiben genügend oder ungenügend war. In ersterem Falle ist das ganze Gebiet gleichmäßig weiß und zeigt höchstens am Rande strahlenförmige Streifen, in letzterem Falle sind zwischen den einander kreuzenden weißen Streifen und Flecken normal hautfarbige Gebiete zu sehen. Man hat dann diese Gebiete neuerdings mit Schmirgelpapier auf die angegebene Art zu behandeln, worauf sie meist sofort erblassen, wohl infolge der an der Oberfläche oder in der Hornschicht zurückgebliebenen H_2O_2-Reste. Genügt dies nicht, so muß man einige Sekunden lang mit H_2O_2 nachbehandeln. Das behandelte Gebiet wird bald etwas kompakter als seine Umgebung, es ist leicht erhaben und mehrere Stunden hindurch schmerzhaft. Wurde die Behandlung nur auf ein kleines Gebiet beschränkt, dann ist ein Verband überflüssig, bei größeren Flächen legt man einen trockenen Verband an. Da sich eine trockene Nekrose der obersten Schicht der Epidermis einstellt, erscheint die behandelte Stelle am nächsten Tage dunkel tabakbraun verfärbt, nach einigen Tagen schält sie sich in Schuppen ab, an ihrer Stelle erscheint eine vollständig glatte, narben- und pigmentlose, rosafarbige frische Epidermis. Nach einigen weiteren Tagen verschwindet auch diese frische rosa Farbe und die Hautpartie nimmt die normale Farbe der Haut der Umgebung an. Um den Farbenunterschied der ersten Tage nach der Behandlung nicht zu kraß zu gestalten, ist es — besonders bei auffallenden Stellen — ratsam, bei der Reibeprozedur keine zu scharfen Grenzen einzuhalten.

Von dem hier beschriebenen Verfahren hat man natürlich nur dann einen Erfolg zu erwarten, wenn man Hyperpigmentationen entfernen will, die ihren Sitz in der Epidermis haben. Die Entfernung eines Naevus, der Tätowierung oder irgend einer Pigmentansammlung im Korium gelingt auf diese Weise nicht, wenigstens nicht ohne die Gefahr einer Narbenbildung. Nach meinen an dem Krankenmaterial unserer Klinik gesammelten Erfahrungen hat sich mein Verfahren bewährt: bei Chloasmen des Gesichts, bei großen vereinzelten Sommersprossen des Gesichts, der Arme, der Schulter usw. Die Flecke der Pityriasis versicolor und des Erythrasma lassen sich auch zum Verschwinden bringen, obzwar ich die Indikation zu meinem Verfahren nicht auch auf diese Erkrankungen ausbreiten möchte. Obzwar das Verfahren mehrere Vorteile hat, wie z. B. seine Einfachheit, Billigkeit, rasche und sichere Wirkung (der Kranke ist von weiteren Manipulationen befreit), haften ihm dennoch einige Nachteile an, die sein Anwendungsgebiet auf jene Fälle beschränken, bei denen eine abnorme Pigmentation nicht zu große Gebiete der Epidermis befallen hat, welche jedem anderen therapeutischen Versuch trotzen. Ein Nachteil meiner Methode ist ihre zweifellose Schmerzhaftigkeit, welche individuell in verschiedenem Grade aber stets vorhanden ist, mit dem Bepinseln mit der H_2O_2-Lösung beginnt und sukzessive abnehmend etwa

Digitized by Google

1—2 Stunden anhält. In einem Falle — er blieb zum Glück isoliert — bestand auch noch nach Tagen eine Empfindlichkeit der behandelten Stelle. Ein anderer Nachteil ist — an unbedeckten Körperstellen — die Verfärbung: in den ersten Stunden eine auffallende Blässe, nachher 6—10 Tage hindurch Bräunung; dieser Umstand macht unter Umständen entweder einen Verband notwendig, oder aber der Kranke muß das Zimmer hüten. Allerdings haben diesen Fehler mehr oder weniger fast alle anderen chemischen oder durch Strahlenbehandlung wirkenden Schälkuren. Nach vorschriftsmäßigem Abreiben der Hornschicht sah ich auch dann keine Verletzung des Koriums bzw. eine Narbenbildung, wenn ich — wie bei 8 Fällen — den Rücken der Kranken mit 33%igem Perhydrol (Merck) oder Peroxygenol (Richter) behandelt hatte. Die Anwendung so hoher Konzentrationen ist aber überflüssig, denn man erzielt die notwendige Wirkung auch dann, wenn man die konzentrierten Lösungen mit Wasser verdünnt (1 : 2) benutzt.

Wegen der erwähnten Nachteile darf meine Methode nur dann auf Anerkennung rechnen, wenn die mit derselben erreichten Erfolge, was Ausgiebigkeit und vor allem Dauerhaftigkeit anlangt, die anderen Schälkuren zumindest in einem großen Teile der Fälle übertreffen. Innerhalb eines Jahres habe ich das Verfahren an 7 Kranken angewendet, bei denen andere Schälkuren wenigstens zweimal nacheinander vergebens vorgenommen worden waren. Mit dem Verfahren ist es mir in jedem Falle gelungen, die gewünschte Depigmentierung zu erreichen. Bei einem Kranken kam es schon nach einigen Wochen, bei einem anderen nach 2 Monaten zu einem Rezidiv; 2 Kranke zeigen auch nach 7 bzw. 9 Monaten keine Anzeichen eines Rezidivs, bei den restlichen dreien ist die Beobachtungszeit seit erfolgter Schälung noch zu kurz, um daraus auf die Dauerhaftigkeit Schlüsse ziehen zu können.

Unsere heutigen Kenntnisse über die Entstehung der abnormen Pigmentansammlung in der Epidermis erklären zur Genüge, warum auch ein noch so starkes Schälmittel, lokal angewendet, nicht in jedem Falle eine endgültige Depigmentierung hervorzurufen imstande ist. Wir müssen uns deshalb einstweilen mit der Zurkenntnisnahme dessen begnügen, daß die mit H_2O_2 durchgeführte Schälkur wenigstens in einem Teile der hartnäckigen Fälle eine längere Rezidivfreiheit und eventuell auch vollständige Heilung zur Folge hat.

Heilung von fünf Fällen von exfoliativen Erythrodermien

Von

Paul Unna jr. in Hamburg

(Schluß)

Fall 4: W. U., 35jähr. Geschäftsmann, aufgenommen 28. X. 1927, entlassen 14. I. 1928.

Seit 1917 nässendes seborrhoisches Ekzem der Leisten, an After, Skrotum und Achselhöhle. Verschiedentlich mit mehr oder minder Erfolg behandelt, jedoch stets rückfällig, schließlich mehrfach mit Röntgen bestrahlt und in einer Universitätsklinik mit Teersalben erfolglos behandelt. Sechs Wochen in einem Rohkostsanatorium ohne

Digitized by Google

wesentlichen Erfolg, in den letzten Jahren dauernd in schlimmer Verfassung, welche auch durch Kuren in Aachen und Kreuznach nicht gebessert wurde.

Status: Haut des ganzen Stammes, Hals und Extremitäten von derber, sulziger Beschaffenheit, gleichmäßig stark gerötet und geschwollen. Besonders verdickt die Haut der Beugeseite der Unterarme, Innenfläche der Unterschenkel, Glutäal- und Kreuzbeingegend. An den lateralen Rumpfpartien, Armen und Beinen zahlreiche Follikulitiden. Lidränder, besonders das untere des rechten Auges geschwollen, gerötet und mit kleinen Krusten bedeckt. Innere Organe ohne krankhaften Befund. Urin ohne Eiweiß und Zucker, keine Drüsenschwellungen. Gesicht und Hände relativ frei.

Histologisches Präparat der Rückenhaut: Hornschicht verdickt, an einigen Stellen leichte Parakeratose, Keratohyalin größtenteils erhalten, steilwellige Akanthose, die Papillenköpfe reichen zum Teil bis dicht unter die Hornschicht, Papillargefäße vergrößert, Kutisgefäße klaffen, sind zellig infiltriert.

Histologisches Präparat einer follikulären Papel von der lateralen Seite des Rückens: Hornschicht normal, unregelmäßige, z. T. steilwellige Akanthose, perinukleäres Zellödem, welches die Kerne komprimiert. Im Bereiche der Papel ein Haarbalg, von starkem, kleinzelligem Infiltrat umgeben.

Diagnose: Sekundäre Erythrodermie nach seborrhoischem Ekzem.

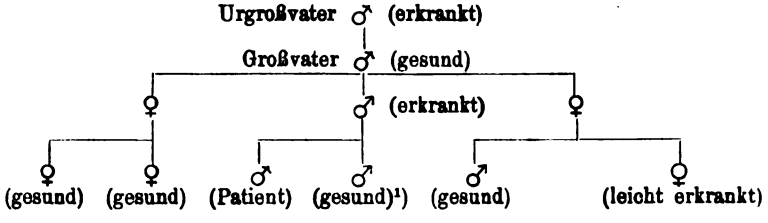
In diesem Falle wurden außer bei den vorstehenden Fällen genannten Salben mit großem Erfolge Schwefelsalben gebraucht, und zwar außer der Zinkschwefelpaste von P. G. Unna folgende Salbe: Ichthyol 10,0, Sulfur präcip. 20,0, Pasta zinci sulf. ad 200,0.

Die während der schnell einsetzenden Heilung an einzelnen Körperstellen auftretenden Hautverhärtungen und verhornten Papeln wurden mit Cignolin und Pyrogallol verhältnismäßig schnell zur Abheilung gebracht.

Die Konjunktivitis des linken Auges wurde mit Pyraloxintropfen und einer $^1/_2$%igen Pyraloxin-Euzerin-Salbe beseitigt. Gegen Weihnachten schon war Pat. fast völlig abgeheilt und konnte am 14. I. völlig geheilt entlassen werden.

Fall 5: F. Sch., 25jähr. Angestellter, aufgenommen 27. IV. 1928.

Pat. behauptet, daß seine Erkrankung in seiner Aszendenz erblich auftrete.



Seit dem 5. Monat seborrhoisches Ekzem. Im 6. Lebensjahr Krankenhausaufnahme wegen Ekzem. Seit dem 17. Lebensjahre in dauernder ambulanter oder Krankenhausbehandlung.

1926 schwere Rippenfellentzündung. Während derselben rapide Verschlimmerung des Hautleidens, welches erfolglos mit den verschiedensten Mitteln, u. a. auch mit Adrenalinspritzen, behandelt wurde. Schließlich wurde Pat. von den behandelnden Ärzten der Klinik überwiesen.

Status: Mittelgroßer, magerer Pat., innere Organe o. B., Lymphdrüsen von Taubeneigröße in der Leistenbeuge und Achselhöhle. Gesamte Körperhaut intensiv gerötet, verdickt, rauh, rissig, schuppt erheblich. Besonders an den Gelenken feine weiße Schuppen, welche sich leicht abschilfern. An den Handgelenken Haut wie zu eng und besonders schmerzhaft. Im Gesicht maskenartige Starre der Muskulatur, Ektropium leichten Grades.

Diagnose: Sekundäre Erythrodermie nach Ekzema seborrhoicum.

Behandlung: Zinkpaste, welche provisorisch gebraucht wurde, wurde schlecht vertragen. Nach Anwendung der obigen Suprareninsalbe sofort vollkommener Umschwung. Jucken läßt nach, Pat. schläft seit langer Zeit wieder gut, fühlt sich wesentlich gebessert. Haut wird glatter und geschmeidiger, Drüsenschwellungen gehen zurück. Versuche, die Suprarenindosierung zu beschränken, führen zu Mißerfolgen. Vorüber-

[1]) Jetzt auch wegen seborrhoischem Kopfekzem in ärztlicher Behandlung.

Digitized by Google

gehende Verschlimmerung an den Ohren, ging durch Wechseln der Salbentherapie rasch zurück. Ende Juni gesamte Körperhaut bis auf die des Gesichts, des behaarten Kopfes und der Ohren abgeschwollen, zeigt normalen Farbton; Jucken zurückgegangen. Gegen Verstärkungen der Salben, insbesondere gegen die reduzierenden Mittel Pyrogallol und Cignolin, zeigt Pat. sich sehr empfindlich. Außer der Suprareninsalbe wird Pat. mit Schwefelsalben mit gutem Erfolg behandelt. Innerlich erhält er Suprareninsirup und Ichthyolpillen. Pat. steht zur Zeit noch in Beobachtung, soll aber in nächster Zeit als geheilt entlassen werden.

Diese Übersicht über unsere Fälle zeigt, daß das in allen 5 Fällen sehr ähnliche Krankheitsbild auf sehr verschiedene Weise entstanden war. Eine strenge Trennung der Pityriasis rubra Hebrae im eigentlichen Sinne von den unzweifelhaft sekundären Erythrodermien läßt sich klinisch nicht durchführen. Eine befriedigende Klassifikation der exfoliativen Erythrodermien ist nach dem Urteil kompetentester Beobachter noch nicht gelungen. Sie ist nach Török (7), welcher im Handbuch von Mracek eine ausführliche kritische Darstellung gibt, unausführbar, da sie sich zur Zeit nur auf wenig charakteristische klinische Eigenschaften stützen kann, um so mehr, als zahlreiche Übergänge zwischen den klinischen Typen existieren und die Grenzen dadurch verwischt werden. Es ist also kein Wunder, daß von ausländischen, besonders amerikanischen Autoren die Pityriasis rubra Hebrae und Dermatitis exfoliativa als Synonyme gebraucht wird.

Was nun die Behandlung der exfoliativen Erythrodermien betrifft, so waren die Heilungsresultate bis vor ganz kurzer Zeit noch sehr bescheidene. So sagt Török im Handbuch der Hautkrankheiten von Mracek S. 792: „In bezug auf die Therapie der exfoliativen Erythrodermien haben wir wenig zu sagen. Unsere therapeutischen Maßnahmen scheinen auf den Verlauf und Ausgang derselben zumeist keinen oder nur sehr geringen Einfluß zu haben.“ Baar (8) sah Heilung in einem Fall durch tägliches Baden mit Kaliumpermanganatlösung, Radiumemanation und Einfetten mit Vaseline. O'Leary (9) und Wile empfahlen gegen Erythrodermien Dauerbäder. Pels (10) behandelte einen Fall von Dermatitis exfoliativa nach Psoriasis mit Erfolg durch intravenöse Injektion von Autoserum. Philipsen (11) konnte eine Erythrodermie exfoliativa durch eine einzige intravenöse Injektion von 0,6 g einer 2%igen Trypaflavin-Lösung abheilen. Tsukada (12) beschrieb einen Fall, bei dem Adrenalin-Injektionen günstig wirkten. Auch Hübschmann (13) gelang es, im Anschluß an die Forderung von P. G. Unna, daß bei den Gefäßlähmungen der exfoliativen Dermatitiden vor allem die Vasoplegie zu bekämpfen sei, durch eine Kombination von innerlicher Thyreoidin- und äußerer Adrenalinbehandlung zwei schwere Fälle von Dermatitis exfoliativa zu heilen.

Meine Behandlung ging von dem Standpunkt aus, das in erster Linie die starke Gefäßlähmung (14) es sei, welche das Krankheitsbild hervorbringe, und daß mit Entlastung des peripheren Gefäßsystems es möglich wäre, die meisten Symptome der schweren Krankheit zu beseitigen. Ich stützte mich hierbei auf die alten histologischen Untersuchungen von P. G. Unna sen. (15) und ferner auf die therapeutischen Erfahrungen, welche mein Vater und ich an unserer Klinik mit äußerlicher und innerlicher Suprareninbehandlung bei akuten toxischen Dermatitiden (Salvarsan-

Digitized by Google

und Quecksilberdermatitis) gesammelt hatten (16 u. 17). Meine Heilungsbestrebungen legten daher den Hauptwert auf die Entlastung des Herzens und die Beeinflussung der peripheren Hautgefäße, d. h. auf die Beeinflussung des autonomen Gefäßnervensystems. Alle übrige Therapie war lediglich symptomatischer Natur.

Es bedarf heute wohl keiner eingehenden Begründung mehr, wenn man erklärt, von der Hautoberfläche aus einen Einfluß auf den Gesamtorganismus ausüben zu können. Die einschneidende Wirkung der Suprareninsalbe auf die Gesamtzirkulation zeigte sich besonders im letzten Fall, als ich versuchte, den Suprareningehalt wegen der hohen Kosten der Salbe herabzusetzen. Die günstige Wirkung verschwand mit der Herabsetzung der Suprarenindosierung sofort, und sie kehrte erst wieder, als die Salbe in ihrer alten Zusammensetzung wieder angewandt wurde. Versuche, die komplizierte Formel zu verändern, schlugen fehl, wenigstens im Stadium der stärksten Krankheitserscheinungen. Bei weiter fortgeschrittener Heilung jedoch war es möglich, auf das Suprarenin überhaupt zu verzichten und sich statt seiner Ichthyol- und Schwefelsalben zu bedienen. Auch andere schwach reduzierende Salben führten zu günstigen Ergebnissen.

Da es sich in den ersten drei Fällen um äußerst schwere Krankheitsbilder handelte, die in früheren Zeiten, wo die therapeutische Auswahl naturgemäß nur eine geringe war, zweifellos ein schlechtes Ende genommen hätten, so möchte ich meine Meinung dahin aussprechen, daß es möglich sein wird, mit dieser Suprareninbehandlung auch die schwersten Fälle von Pityriasis rubra Hebrae im günstigen Sinne zu beeinflussen. Hiermit wäre ein beträchtlicher Fortschritt auf einem bisher fast hoffnungslosen Gebiet erreicht.

Durch meine Ausführungen glaube ich gezeigt zu haben, daß ähnlich wie bei der akuten Erythrodermie nach Salvarsanvergiftung auch bei diesen Fällen von Toxikodermie das Krankheitsbild durch den zugrunde liegenden Prozeß (Tuberkulose, Leukämie, Hodgkin usw.) nur indirekt hervorgerufen wird. Durch die ausgelösten Toxine entsteht eine so schwere Vasoplegie infolge Schädigung des autonomen Nervensystems, daß der Körper daran zugrunde gehen kann. Gerade der Schaumannsche Fall zeigt außerordentlich deutlich, daß ein Mensch an den Folgen der Vasoplegie stirbt, während kurz vorher seine Tuberkulose ausgeheilt war.

Es handelt sich also bei der Behandlung dieser Fälle nicht darum, die Erreger der hypothetischen Grundkrankheit aufzusuchen und zu bekämpfen, sondern durch Suprarenin und andere Mittel die Schädigungen des autonomen Nervensystems, nämlich die Gefäßlähmung, zu beseitigen.

Literatur

1. J. Darier, Grundriß der Dermatologie. Julius Springer, 1913. — 2. J. Darier, Grundriß der Dermatologie. Julius Springer, 1913, S. 80, Anmerkung 1, S. 83, Anmerkung 1 (Jadassohn). — 3. Lancashire, Brit. J. of Derm. and Syph., Bd. 39, Nr. 11. — 4. Cranston Low, Brit. J. of Derm. and Syph., Bd. 39, Nr. 11, zit. — 5. Golay, Ann. de Derm., 1923, Nr. 12. — 6. Schaumann, Act. derm.-venereol., 1921, Bd. 1, H. 3/4. — 7. Török, Handbuch der Hautkrankheiten von Mraček. S. 792. — 8. Baar, Vereinigung Rhein.-Westfäl. Dermatologen, 16. V. 1926. — 9. O'Leary, Diskussion zu Wertheimer. Arch. of Derm. and Syph., Bd. 14, Nr. 5, S. 595. — 10. Pels, Diskussion zu Wertheimer. Arch. of

Digitized by Google

Derm. and Syph., Bd. 14, Nr. 5, S. 595. — 11. Philipsen, Hospitals Tidende. Jahrg. 69, Nr. 44. — 12. Tsukada, Japan. J. of Derm., Bd. 26. Nr. 12. — 13. Hübschmann, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 4, H. 1/2, S. 19ff. — 14. Bloch, Die Praxis der Hautkrankheiten. Unnas Lehren, Verlag von Urban & Schwarzenberg, 1908, S. 317/18. — 15. P. G. Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Hirschwald, Berlin 1894. — 16. P. G. Unna, Suprarenin in der Dermatologie. Derm. W., 1916, S. 478. — 17. P. G. Unna, Suprarenin. Kritisches Ref., Derm. W., 1922, S. 685.

Aus der Dermatol. Klinik des Allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. H. Ritter)

Histologische Untersuchungen von Achselhöhlenhaut bei beiden Geschlechtern und in verschiedenen Lebensaltern

(Vorläufiger Bericht)

Von

Dr. C. L. Karrenberg, Sekundärarzt der Klinik

(Schluß)

c) Zeitpunkt des Eintrittes einer Rückbildung der apokrinen Drüsen

Da wir bislang stets gewisse individuelle Verschiedenheiten bezüglich Ausbildung und Funktion der apokrinen Drüsen feststellen konnten, können wir a priori auch solche noch bezüglich der Rückbildung annehmen. Herzenberg glaubt auf Grund ihrer Befunde, beim Manne keine direkte Beziehung zwischen apokrinen Drüsen und Zustand des Geschlechtsapparates in bezug auf Rückbildung feststellen zu können; lediglich im vorgeschrittenen Alter oder bei ausgesprochener Kachexie fand sich eine Atrophie der Drüsen bzw. eine Verminderung oder Aufhebung ihrer Funktion. Das gleiche gilt nach ihrer Ansicht für die Frau, bei der allerdings die Atrophie im allgemeinen früher eintreten soll wie beim Manne; das Klimakterium spielt bei dieser Atrophie jedenfalls keine entscheidende Rolle.

Was speziell den früheren Eintritt der Rückbildung bei der Frau betrifft, so haben wir uns davon an unserem Material nicht unbedingt überzeugen können. Oben wurde bereits beschrieben, daß wir bei Frauen in höheren Lebensaltern zum Unterschied gegen jüngere Jahrgänge eine gewisse Polymorphie von Sekretionsphasen fanden; vielleicht ist sie als Zeichen des aufgehobenen Einflusses seitens des Sexualzyklus und damit als erstes Stigma einer beginnenden Rückbildung anzusehen; weitere Untersuchungen wären dazu erforderlich. Derartig polymorphe Bilder, mit zum Teil noch voll funktionierenden Drüsenabschnitten, fanden wir in allen späteren Lebensaltern, selbst noch bei einer 81jährigen Frau; wir fanden sie z. B. bei 66-, 69- und 78jährigen nicht etwa selten, daß wir sie als Ausnahme hätten buchen können. Auf der anderen Seite waren aber bereits bei 40jährigen deutliche Rückbildungsvorgänge festzustellen. Daß diese Zeichen einer allgemeinen Atrophie waren, bewies uns die Beobachtung, daß bei derartigen Fällen das subkutane Fett sehr

Digitized by Google

nahe an die Epidermis herangerückt war. War das auch in höheren Lebensaltern in ausgesprochenem Maße der Fall, so fanden sich fast ähnliche Bilder wie bei jugendlichen Individuen: die Drüsenkomplexe lagen dann entweder im Fett oder unmittelbar darüber; Einzelheiten waren kaum zu erkennen; bei etlichen Schnitten hatte man den Eindruck, als ob das umgebende Bindegewebe in die Komplexe hineingewuchert wäre. Daneben fanden sich, mehr kutan gelegen, eigenartige Hohlraumbildungen, die zum Teil sehr nahe an die Epidermis lokalisiert waren. Über diese Erscheinungen wird seinerzeit ausführlicher zu berichten sein. Hier soll lediglich betont werden, daß auch in bezug auf die Rückbildung der a-Drüsen bei der Frau mit weitgehendsten individuellen Verschiedenheiten gerechnet werden muß.

Das gleiche gilt für den Mann. Bei unserem Material fanden wir voll funktionierende Drüsen bei 66jährigen einerseits und mehr oder weniger atrophische als Teilerscheinung einer allgemeinen Atrophie oder auch ohne Zeichen für eine solche bei 26jährigen andererseits. Jedenfalls muß eine Beziehung zwischen Rückbildung der Drüsen und Eintritt der Wechseljahre beim Manne abgelehnt werden; hier finden wir uns in Übereinstimmung mit HERZENBERG.

Als Zusammenfassung dieses Kapitels kann also ebenfalls eine weitgehende Verschiedenheit der Individuen in bezug auf Rückbildung der apokrinen Achseldrüsen festgestellt werden; lediglich einer allgemeinen Kachexie scheint in bezug auf frühzeitige Rückbildung eine gewisse Rolle zuzukommen.

d) Veränderungen an den Follikeln bei normaler Haut

Anhangsweise sei noch über unsere Feststellungen über Veränderungen an Schweißdrüsenausführungsgängen und Follikeln berichtet. Bekanntlich finden sich in der Literatur speziell bei den Schilderungen der histologischen Befunde bei Fällen von FOX-FORDYCEscher Erkrankung widersprechende Angaben über das Verhalten der Schweißdrüsenausführungsgänge; erwähnt sei nur, daß z. B. BUCK, KARNOWSKI-DOBAK und KIES einen geradlinigen, WHITFIELD dagegen einen geschlängelten Verlauf der Gänge beschreiben. Nach unseren Erfahrungen kann man beide Zustände beobachten, wobei normaliter starke Schlängelungen allerdings seltener angetroffen werden. Jedenfalls kann daraus ein bestimmtes histologisches Kriterium speziell für die in Rede stehende Erkrankung nicht abgeleitet werden.

Von den Follikelveränderungen sei hier erwähnt, daß wir in einem großen Teil der Fälle ausgesprochen follikuläre und suprafollikuläre Hyperkeratose feststellen konnten; in 9 Fällen fand sich eine ganz außerordentlich starke Erweiterung der Follikel mit regelrechter Follikelsperre. In diesen Fällen bestand in der Umgebung des Follikels auch ein zwar nicht sehr intensives, aber doch immerhin deutliches Zellinfiltrat. Es ist hier nicht der Ort, auf die verschiedenen Theorien zur Erklärung des Fox-Fordyce einzugehen, ob es sich um eine primäre Follikelsperre, um eine Dysfunktion der Drüsen, sei es entzündlich, sei es funktionell, handelt; es sei im Anschluß an unsere eben mitgeteilten Ergebnisse hervorgehoben, daß ein guter Teil der stets wieder beim Fox-Fordyce be-

Digitized by Google

schriebenen histologischen Veränderungen sich auch auf normaler Haut findet, eine Tatsache, die von mir bei anderer Gelegenheit schon einmal betont und seinerzeit von DELBANCO nachdrücklichst unterstrichen wurde.

Zusammenfassung

Bei der histologischen Untersuchung der Achselhöhlenhaut von 165 Leichen beiderlei Geschlechts und verschiedener Lebensalter hat sich folgendes ergeben:

1. Es fand sich kein Anhaltspunkt dafür, daß ein Geschlecht bezüglich Anlage, Zahl und Funktion der a-Drüsen bevorzugt ist; alle diese Faktoren sind weitgehenden individuellen Schwankungen unterworfen.

2. Es ergab sich kein Anhaltspunkt für eine Funktion der a-Drüsen vor Eintritt der Pubertät.

3. Auf indirektem Wege kann aus unseren Untersuchungen gefolgert werden, daß der Sexualzyklus bei der Frau einen Einfluß auf die Funktion der a-Drüsen ausübt.

4. Die Rückbildung der a-Drüsen erfolgt wiederum weitgehend individuell verschieden; kachektische Zustände scheinen einen gewissen, sicher nicht ausschließlichen Einfluß darauf auszuüben.

5. Auch in gesunder Achselhöhlenhaut finden sich einige der speziell für die FOX-FORDYCEsche Erkrankung angegebenen histologischen Charakteristika.

Es soll noch erwähnt werden, daß in der Diskussion zu meinem seinerzeitigen Vortrage DELBANCO unsere Ergebnisse auf Grund seiner Untersuchungen an einem wesentlich kleineren Material bestätigt hat.

Aus der Universitäts-Kinderklinik, Hamburg-Eppendorf
(Direktor: Prof. Dr. KLEINSCHMIDT)

Untersuchungen bei Pemphigoid der Neugeborenen und exfoliativem Pemphigoid (Dermatitis exfoliativa RITTER)

Von

Dr. WALTER POCKELS

(Schluß)

Wir geben einen Teil der Vergleichsversuche mit einigen wenigen Stämmen zur besseren Orientierung in folgender Tabelle wieder.

Abgesehen von diesen üblichen Differenzierungsversuchen wurden auch zahlreiche Tierexperimente unternommen. Es wurden sowohl Meerschweinchen wie Kaninchen die verschiedenen Stämme intrakutan injiziert, außerdem auf skarifizierte Haut gebracht und zuletzt auf mit Äther gereinigter und gereizter Haut verrieben. Wichtig ist noch zu bemerken, daß bei jeder dieser Methoden die verschiedenen Vergleichsstämme am selben Tier angewendet wurden, und daß dieser Versuch viermal an natürlich neuen Tieren wiederholt wurde. Schließlich brachten wir noch die verschiedenen Stämme auf die Kornea des Kaninchens. Aber in allen

Digitized by Google

Auszug aus einem vergleichenden Nährböden-Versuch

Nährboden	Stämme Staphyl. aur. I	Stämme Staphyl. aur. II	Stämme Staphyl. aur. III	Stämme Staphyl. aur. IV	Stämme Pemphigus D	Stämme Pemphigus E	Stämme Pemphigus F	Stämme Pemphigus G
Kartoffel	Starke Farbstoffbildung	stark +	+++	+	++	++	++	+
Farbstoffbildung	gold-orange	bräunlich. als I	wie I	Farbe wie I	Farbe wie I	Farbe wie II	Farbe wie II	hellbraun
Hammelserum	++	++	+++	++	++	++	++	+
Farbstoffbildung	gold-orange	bräunlich. als I	Farbe wie I	Farbe wie I	Farbe wie I	Farbe wie II	Farbe wie II	hellbraun
Schrägagar	+	+	++	+	+	+	+	(+)
Farbstoffbildung	blasser als auf Hammelserum	wie I	Farbe wie I	Farbe wie I	Farbe wie I	bräunlich. als I	Farbe wie E	hellbraun
Gelatine	+	+++	++	+	++	++	++	++
Verflüssigung	halb Kegel halb Trichter	Kegel, Trichter	Trichter	Trichter	Kegel	Trichter, Kegel	Trichter, Kegel	Trichter, Kegel
Milch	+	schwach	schwach +	schwach +	+	+	schwach +	negativ nach 6 Tagen schwach +
Gerinnung								
Bouillon	Trübung ++	wie I	wie I	wie I	wie I	wie I	wie I	wie I
Trübung, Bodensatz	Bodens. ++							
Peptonwasser	Trübung +	wie I	wie I	wie I	wie I	wie I	wie I	wie I
Trübung, Bodensatz	Bodensatz +							

Digitized by Google

diesen Versuchen ließen sich untereinander wie auch gegenüber anderen Aureusstämmen im Gegensatz zu Kaufmann keine Unterschiede feststellen. Besondere Aufmerksamkeit wurde der Agglutination mit Staphylokokkenserum (Institut E. v. Behring, Marburg) und Eigenserum von Pemphigoidrekonvaleszenten geschenkt. Lewandowsky hat ja schon Agglutinationsversuche ohne besonderes Ergebnis mit einem Staphylokokkenserum angestellt. Neu war die Anwendung von Seren der Pemphigoidrekonvaleszenten. Es zeigte sich nun, daß die Pemphigusstämme mit dem Staphylokokkenserum (Institut E. v. Behring, Marburg) tatsächlich etwas geringer und feinflockiger agglutinierten als die übrigen Staphylokokkenstämme, zwei Pemphigus-Staphylokokkenstämme ausgenommen. Jedoch verlief ihre Agglutination mit Serum von Pemphigusrekonvaleszenten ganz gleichartig. Ich glaube daher nicht, daß man hieraus einen wesentlichen Unterschied konstruieren kann. Von einer anderen Abteilung wurden mir zwei Diplokokkenstämme geschickt, die dort aus dem Pemphigusblaseninhalt neben Staphylokokken gezüchtet waren. Diese zeigten sich auch bei Agglutination mit Pemphigusserum vollkommen refraktär. Ich selbst habe nie Diplokokken gezüchtet. Ich lasse zur besseren Übersicht zwei Tabellen folgen, die die Agglutinationsergebnisse dartun.

Die Staphylokokken, die wir bei Dermatitis exfoliativa fanden, wichen biologisch von den bei Pemphigus gefundenen Staphylokokken nicht ab. Zur Kontrolle schickte ich noch Pemphigoidstämme an Privat-Dozent Dr. Schmidt (Institut E. v. Behring, Marburg), der abgesehen von unseren Differenzierungsmethoden auch durch die Prüfung auf Staphylokinase und andere Fermentreaktionen keine Unterschiede feststellen konnte.

Aus diesen Beobachtungen und Untersuchungen geht mit ziemlicher Sicherheit hervor, daß die Dermatitis exfoliativa lediglich eine besonders schwer verlaufende Form des Pemphigus neonatorum darstellt.

Zusammenfassung

1. Im Rahmen einer Epidemie von 70 Fällen von Pemphigoid der Neugeborenen wurden 7 Fälle von exfoliativem Pemphigoid gesehen.

2. Sämtliche Fälle von exfoliativem Pemphigoid entwickelten sich sukzessive aus dem gewöhnlichen Pemphigoid der Neugeborenen.

3. Sowohl in den Fällen von exfoliativem Pemphigoid als auch beim gewöhnlichen Pemphigoid der Neugeborenen wurde nur Staphylococcus pyogenes aureus gezüchtet.

4. Biologische Unterschiede ergaben sich weder auf Grund der Kulturversuche auf verschiedenen Nährböden, noch auf Grund von Tierversuchen und Agglutinationen. Da die Agglutination der Pemphigus-Staphylokokken und Kontrollen mit Eigenserum von Pemphigus-Rekonvaleszenten gleich stark ausfiel, legen wir keinen Wert auf die etwas geringere Agglutination der Pemphigus-Staphylokokken mit Staphylokokken-Serum (Institut E. v. Behring, Marburg).

5. Die aus Pemphigus- und Dermatitis- exfoliativa-Fällen gezüchteten Staphylokokken verhielten sich ebenfalls völlig gleich.

6. Auf Grund des epidemiologischen und klinischen Verhaltens der Erkrankungen und der bakteriologischen Ergebnisse können wir uns der

Digitized by Google

Agglutinationen mit Staphylokokken-Serum, Institut E. v. Behring

Verdünnung	I St. aureus	II St. aureus	III St. aureus	IV St. aureus	1 St. pem.	2 St. pem.	3 St. pem.	4 St. pem.	5 St. pem.	6 St. pem.	7 Diplok.	8 Diplok.
1:25	++++	++++	++++	++++	++	++++	+	++	feinflockig ++	++++	0	0
1:50	++++	+++	++++	+++	Spur	+++	(+)	++	+	+++		
1:100	++	++	+++	+++	0	+++	0	+	0	+++		
1:200	+	+	+++	++	0	++	0	+	0	++		
1:400	+	+	++	+	0	+	0	+	0	++		
1:800	Spur	+	++	+	0	(+)	0	(+)	0	++		
1:1600	0	0	0	0	0	0	0	(+)	0	(+)		

Agglutinationen mit Pemphigus-Serum Burmeister, siehe Stamm 6

Verdünnung	I St. aureus	II St. aureus	III St. aureus	IV St. aureus	1 St. pem.	2 St. pem.	3 St. pem.	4 St. pem.	5 St. pem.	6 St. pem.	7 Diplok.	8 Diplok.
1:25	++	+++	++	++	+++	+++	++	++	+	+++	0	0
1:50	+	++	+	+	++	++	+	(+)	(+)	(+)		
1:100	0	+	0	Spur	0	+	0	0	0	++		
1:200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+		
1:400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+		
1:800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Spur		
1:1600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Spur		

Digitized by Google

dualistischen Auffassung Finkelsteins nicht anschließen, sondern verfechten den unitaristischen Standpunkt. Um auch äußerlich die ätiologische und pathogenetische Einheit der Dermatitis exfoliativa Ritter zum Pemphigoid der Neugeborenen zu kennzeichnen, halten wir die Bezeichnung exfoliatives Pemphigoid für geeignet.

7. Die bisherige Auffassung von der Gutartigkeit des Pemphigus neonatorum ist demnach irrig, da sie in einem relativ recht hohen Prozentsatz (bei uns etwa 10%) einen exfoliativen Verlauf nimmt. Gemessen an der von uns beobachteten Epidemie würde die Gesamtmortalität etwa 8% betragen.

Literatur

Delbanco, Zur Ätiologie der Fingerkuppenimpetigo und des Pemphigus neonatorum. Derm. W., 1921. — Finkelstein, Lehrb. d. Säuglingskrkh., 3. Aufl. 1924. — Kaufmann, Untersuchungen und Ätiologie der Impetigo contagiosa. Arch. f. Derm., 1899. — Wieland, Dermatitis exfoliativa (Ritter v. Rittershain) und Pemphigus neonatorum. Ergebnisse d. Inneren Med. u. Kindhlk. Bd. 24 und die dort angegebene Literatur. — Gross, Über Virulenz und Virulenz-Prüfungsmethoden von Staphylokokken. Kl. W., 1927. — Reinhardt, Zschr. f. Geburtsh., Bd. 76, 1914.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 26. Januar 1928

Vorsitzender: Oppenheim. Schriftführer: Lipp.

Halban: 1. **Urticaria pigmentosa.** 18jähr. Mädchen. Affektion im zweiten Lebensjahre aufgetreten. Am Stamm und an den Extremitäten zahlreiche dichtstehende, hellbraune Fleckchen und Knötchen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße. Bei Reibung tritt Elevierung und Rötung ein. Histologischer Befund: Im Korium strangförmige Infiltrate, zum Teil den Gefäßen folgend mit zahlreichen Mastzellen.

2. **Cutis marmorata pigmentosa.** 20jähr. Mädchen. Am rechten Handrücken und an der linken Wade ein dunkelbraunes Netzwerk. Das Auftreten an gekreuzten Extremitäten kam dadurch zustande, daß Pat. lange Zeit mit überschlagenen Beinen vor dem Gasofen saß, so daß linkes Bein und rechte Hand der stärksten Hitze ausgesetzt waren.

Buschke bezeichnete diese Fälle als Cutis marmorata pigmentosa; der Name Erythema ab igne ist nicht zutreffend.

Brugger (A. G.): **Isoliertes Leiomyom.** 7monatiges Kind. Bei der Geburt an der zweiten Zehe neben dem Nagel stecknadelkopfgroße Geschwulst, die langsam gewachsen ist, von rosaroter Farbe, leicht schmerzhaft und von normaler Epidermis überdeckt war. Chirurgische Entfernung bei einer Größe von etwa 7 × 4 mm. Histologisch: typisches Leiomyom. Kurze Zeit später Rezidiv. Jetzt etwa bohnengroß, sitzt der Zehe kappenartig auf, ist kaum verschieblich, ist von rosaroter Farbe und bei Druck ziemlich schmerzhaft. B. verweist auf die Seltenheit des solitären Auftretens und der Rezidive nach Exkochleation gegenüber der von Besnier 1880 beschriebenen Fälle von disseminierten Myomen, wovon 1925 70 publizierte Fälle aus der ganzen Literatur zusammengestellt worden sind.

Volk betont die Schwierigkeit der Einreihung solcher Tumoren. In diesem Falle spricht allerdings die van Gieson-Färbung für muskuläre Elemente im Aufbau.

Wolf: **Rhinosklerom.** 80jähr. Frau mit knotigen, derben Infiltraten an der Oberlippe, die in das Naseninnere, auf den Anfangsteil des Nasenbodens und des Septums sich fortsetzen. Die Knoten stellenweise exkoriiert und mit Krusten oder klebrigem Sekret bedeckt. Laryngologisch: diffuses Infiltrat im Epipharynx mit Verengung und Asymmetrie der Choanen. Differentialdiagnostisch: tertiäre Lues, doch negative Ana-

Digitized by Google

mnese, negative Luetinreaktion und WR. Die Derbheit der Knoten, der laryngologische Befund und der Nachweis der Kapselbazillen im Ausstrich sprechen für Rhinosklerom.

Riehl: Der vorgestellte Fall ist — falls bei weiterer Untersuchung die Diagnose gesichert wird — seit langer Zeit der erste, der in Wien demonstriert wird. Es sind allerdings in Wien Fälle von Kehlkopf- und Trachealsklerom öfter gesehen worden, aber kein ausgesprochenes Sklerom der Nase, während im Heimatgebiet des Rhinoskleroms, Galizien und Rußland, auch endemische Ausbreitung herrscht. Seit R. die Klinik nach Kaposi übernommen hat (1902), ist kein typischer Fall zur Aufnahme gelangt. R. hat die Teilnahme an einer Rhinoskleromkonferenz in Wien 1913, die seitens des Gesundheitsamtes geplant war, abgelehnt, weil weder klinisches Material noch neue anatomisch-bakteriologische Befunde zur Verfügung standen. An der Pat. fehlt die sonst so charakteristische Härte des Tumors — vielleicht die Folge vorangegangener Therapie. Neuerliche Vorführung der Kranken wäre erwünscht.

Volk: Auffallend ist die Weichheit der Affektion, die man auch in den Anfangsstadien nicht zu sehen gewohnt ist. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang auch die Fälle von rhinoskleromartigem Lupus (Martenstein). Die Diagnose Rhinosklerom ist allerdings durch den Nachweis von Kapselbakterien gesichert.

Kren: 1. **Salvarsanexanthem.** 19jähr. latent luetisches Mädchen mit positiver Seroreaktion bekam nach vor einer Woche intravenös verabfolgter Neosalvarsaninjektion Dosis II abends unter Kephalalgie und 38,5° Temperatur ein fast universelles düsterrotes Erythem, das sich nach dreitägigen hohen konträren Temperaturen bei 39° allmählich wieder zurückbildete. Es besteht noch restliche Rötung und kleienförmige geringe Schuppung.

Urbach: Der Ausfall der funktionellen Hautprüfung erlaubt uns zu entscheiden, ob es sich im speziellen Falle um eine Salvarsanidiosynkrasie oder um eine toxische Schädigung durch Salvarsan handelt. Bei Spirozidexanthem haben wir einen positiven Ausfall der funktionellen Hautprüfung bis jetzt nicht beobachten können.

2. **Spirozidexanthem.** 18jähr. blasse, latent luetische Pat. mit positiver Seroreaktion. Nach viermal 8 Tabletten Spirozid (Vorschreibung Oppenheim) entwickelte sich unter vorangehendem Jucken an den Streckseiten der Extremitäten, besonders der oberen, ein fleckiges, zum Teil konfluierendes Erythem und am Lippenrot eine äußerst exsudative Entzündung. Es besteht eine geringe Leukozytose (9530 W. Bl.) mit 8% Eosinophilie. Sonst Blutbild o. B.

Oppenheim verweist auf die Seltenheit der Spirozidexantheme im Vergleich zu den Salvarsanexanthemen. Seit wir richtig dosieren gelernt haben und auf die ersten Jucksymptome und Erytheme, besonders an den Streckseiten der Ellenbogen achten, konnte O. überhaupt keine Exantheme mehr beobachten. Im Anfang haben wie z. B. Kromayer, Luerssen u. a. vor Spirozid wegen der Exantheme gewarnt, aber bei entsprechender Vorsicht kommt es zu keiner Kumulierung. Natürlich gibt es auch gegen Spirozid Überempfindlichkeit, dann muß man entweder die Dosis einschränken oder aber man darf Spirozid überhaupt nicht geben. Als Indikation für Spirozid gelten: Prophylaxe, kongenitale Lues, Gummen, insbesondere im Pharynx und Larynx, und die Mesoartitis luetica. O. überblickt während 4 Jahren nahezu 1000 mit Spirozid behandelte Fälle.

Kren: **Mycosis fungoides.** Der 52jähr. Pat. ist seit 1916 krank. Das Übel begann mit einer psoriasisähnlichen Hautaffektion, derentwegen er einige Male an verschiedenen Stellen in Behandlung war. 1919 war Pat. in K.s Behandlung. Das Krankheitsbild war damals von dem heutigen kaum different. Es bestanden, wie zur Zeit der Demonstration allerdings infolge Therapie nur restlich zu sehen ist, über den ganzen Körper und die Extremitäten zerstreut scheibenförmige, schuppende, mehr oder weniger scharfrandige Herde von Münzen- bis Flachhandgröße, von denen viele eine deutliche Infiltration und stellenweise auch Ansätze einer zirkumskripteren flachen Tumorbildung aufweisen (Köbners II. Stadium). Ausgesprochene Tumoren bestehen nicht. Geringe Drüsenschwellungen femoral und inguinal. Der Blutbefund von 1919 ergab 3600000 Rote und 3700 Weiße, davon 60% polynukleäre Leukozyten, 36% Lymphozyten, 3% große Monozyten und 1% Eosinophile. Heute zählen wir 3880000 Rote, 7500 Weiße, 60% polynukleäre Leukozyten, 24% Lymphozyten, 13% große Mononukleäre und 3% Eosinophile. Die Rückbildung des Krankheitsbildss ist unter 7 Trypaflavininjektionen (10 ccm einer ½%igen Lösung) und folgender Höhensonnenbestrahlung erfolgt. Außerdem bekam Pat. 15 Schwefelbäder, aber keine Röntgenbestrahlung. Histologisch: Uncharakteristisches, besonders im Papillarkörper und perivaskulär angeordnetes Infiltrat.

Digitized by Google

Kumer: **Atypisches luetisches Exanthem bei negativen Seroreaktionen nach ungenügender Spirozidbehandlung.** 35jähr. Mann, Mitte November 1924 infiziert. Anfangs Dezember Sklerose mit positivem Spirochätenbefund. Wegen Lungentuberkulose Spirozidbehandlung. 1, 2, 3 Tabletten, 3 Tage Pause, 1, 2, 3 Tabletten usw. Nach 18 Tabletten Auftreten eines papulösen Exanthems, fast ausschließlich an den Streckseiten der Extremitäten und am Kopfe. Spirochätennachweis im Exanthem positiv, serologische Reaktion 10 Tage nach Auftreten des Exanthems noch negativ. Aus einem Fall lassen sich natürlich noch keine Schlüsse ziehen, doch wäre die Feststellung des Einflusses einer ungenügenden Spirozidbehandlung auf den Verlauf der Lues und die serologischen Reaktionen interessant.

Oppenheim: Der vorgestellte Fall zeigt ein psoriasiformes Streckseitenexanthem. O. hat bei Beginn der Salvarsanära darauf hingewiesen, daß Rezidive, die während oder nach der Quecksilber- und Salvarsanbehandlung auftreten, akut entzündlich gerötete Erythema-multiforme-ähnliche und schuppende papulöse Effloreszenzen an den Streckseiten aufweisen können und hat diese Erscheinungen der Jarisch-Herxheimer-Reaktion an die Seite gestellt. Von Gruß ist ein hierher gehöriger Fall nach ungenügender Spirozidmedikation publiziert worden (hellrote, schuppende, papulöse Eruption an den Streckseiten). Es kommt also dieses Ereignis beim Spirozid ebenso zur Beobachtung wie bei Quecksilber und Salvarsan.

Müller macht darauf aufmerksam, daß nach den meisten Berichten Spirozid doch durchschnittlich schwächer wirkt als Neosalvarsan, und zwar in bezug auf die Beeinflussung der Seroreaktion, der Wirkung auf die Spirochäten usw. Daneben sehen wir, daß auch toxische Erscheinungen auftreten können, so daß es dem behandelten Pat. nicht erspart bleibt, regelmäßige ärztliche Kontrolle aufzusuchen. Es müßte an reichem klinischem Material nochmals statistisch erhoben werden, ob Differenzen zwischen Salvarsan- und Spirozidwirkung bestehen und wie groß sie sind, um danach das Indikationsgebiet für Spirozidbehandlung festzusetzen.

Ullmann: **Gumma neben Lues cerebrospinalis.** 34jähr. Pat., angeblich niemals luetisch erkrankt gewesen. Im letzten Halbjahr tumorartige Stirnaffektion verschiedentlich, zumeist chirurgisch behandelt. Es besteht ein Gumma von papulösem Bau mit mehreren zentralen Inzisionsnarben. WR stark positiv. Nebenher ausgesprochene Pupillendifferenz. Lumbalpunktion noch nicht erhoben. Der Fall spricht für die Insuffizienz der Immunkräfte des Organismus bei nicht behandelter Lues, die Erscheinungen der Haut und des Nervensystems im Spätstadium der Infektion auftreten ließen. Solche Fälle sprechen für möglichst intensive Behandlung der Frühsyphilis im Sinne der derzeitigen Aktion der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Oppenheim: **Psoriasis, behandelt mit Trypaflavininjektionen.** Der erste Fall, 35jähr. Pat., zeigt Abheilung einer generalisierten nummulären Psoriasis vulgaris. Sie wurde mit 19 intravenösen Trypaflavininjektionen, jeden zweiten Tag à 0,1 g, bei gleichzeitiger Verabreichung von Quarzlichtbestrahlung, Bädern und Borsalbe behandelt. An Stelle der Effloreszenzen sieht man nur mehr gelbe bis dunkelbraune Pigmentierungen. Der zweite Fall, ein 19jähr. Mädchen mit Psoriasis vulgaris nummularis et confluens, weniger generalisiert, besonders am Stamm, zeigt bis auf wenige Herde unter der Brust, wohin das Quarzlicht weniger gut gelangt war, vollständige Abheilung der Effloreszenzen mit leichter Pigmentierung. Die Pat. bekam 13 intravenöse Trypaflavininjektionen à 0,1 g. O. beginnt mit 0,05 g Trypaflavin und steigt, falls diese Injektion gut vertragen wird, auf 0,1 g. Beide Pat. haben die Injektionen ohne weitere Störungen vertragen. Die Reaktion auf Quarzlichtbestrahlung war im ersten Falle gering, im zweiten stark.

Volk berichtet über sehr gute Resultate einer kombinierten Arsen- und Höhensonnenbehandlung bei Psoriasis. Eine Allergisierung für Lichtbehandlung durch As ist nicht erwiesen; es könnte sich auch um eine Summation der Wirkung handeln.

Oppenheim: **Katzenräude beim Menschen.** 19jähr. Mädchen. An der Brust, am Rücken, an den Extremitäten unregelmäßig zerstreute, lebhaft rote, follikulär gestellte, bis hanfkorngroße Knötchen und Bläschen, die lebhaft jucken, also eine Dermatitis follicularis acuta. Der Fall sieht so aus, als wäre er eine beginnende Skabies, nur fehlen typische Lokalisation und Milbengänge. Er erinnert auch an die Pferderäude und andere Milbenerkrankungen, die man im Krieg öfter gesehen hat. Die Kranke gibt an, mit räudekranken Katzen in engere Berührung gekommen zu sein. Es ist dies der vierte Fall, den O. seit Dezember 1927 sehen konnte. O. fand bei den Katzen, die die Kranke brachte, teils haarlose Stellen besonders am Kopf, teils Schuppenauflagerungen, teils mächtige Krustenauflagerungen an den Ohrenrändern und in deren Umgebung. Bei der

Digitized by Google

mikroskopischen Untersuchung dieser Krusten und Schuppen fanden sich massenhaft Milben, und zwar Sarcoptes minor Notoedrescati und Chorioptes, eine Milbenart, die sich in den dicken Krustenauflagerungen um die Ohren fand. Wirth hat darauf aufmerksam gemacht, daß gegenwärtig in Wien eine Katzenräudeepidemie besteht und hat in seinem Tierambulatorium in wenigen Monaten über 380 Katzen vertilgen lassen (W. kl. W., 1927, Nr. 49). W. behauptet, daß 30% der Menschen, die mit räudigen Katzen zusammenwohnen, an Katzenräude erkranken. Es wurde nun durch Auflegen von Schuppen und Krusten, die mit sterilem Sande verrieben waren, mit Hilfe der Läppchenmethode die Empfindlichkeitsprüfung gemacht. Dabei ergab sich, daß von 18 so behandelten Personen 14 schon nach kurzer Zeit an den Stellen des Läppchens lebhaftes Jucken empfanden und nach 24 Stunden eine Knötcheneruption zeigten. Es besteht also eine gewisse Überempfindlichkeit gegen die in den Schuppen und Krusten vorhandenen Milben, da Kontrollen, die mit milbenfreien Haaren und Schuppen gemacht wurden, negativ blieben. Die Erscheinungen, die wir so künstlich erzeugen konnten, sind identisch mit der spontan beim Menschen entstandenen Katzenräude. Die Fälle sind deshalb von Wichtigkeit, weil sie leicht mit Skabies verwechselt werden können. Die heftig juckende Dermatitis verschwindet nicht früher, bis nicht die räudige Katze entfernt ist.

Volk: Bei der Katzenräude handelt es sich nicht um eine Überempfindlichkeitsreaktion im Sinne Jadassohns, da die Versuche mit der Katzenmilbe ergeben haben, daß die weitaus größte Zahl der Patienten (14 von 18) mit einer Dermatitis follicularis reagiert.

Fessler: Der in der Tierarzneikunde gebräuchlichen Methode folgend, wurde die Übertragbarkeit der Milben mit unversehrten Schuppen versucht, sowie auch mit Schuppen, die mit Sand zerrieben wurden. Außer der mechanischen Irridation dürfte auch noch eine in den Milben enthaltene chemische Substanz (möglicherweise das Speichelsekret) reizend wirken.

Urbach: Es ist nicht angängig, die mit Katzenhaaren bzw. Schuppen vorgenommenen lokalen Hautproben als funktionelle Hautprüfung bzw. den positiven Ausfall derselben als Überempfindlichkeit zu bezeichnen. Dagegen spricht nicht nur die Tatsache, daß die Auflagen in 14 von 18 Fällen positiv ausfielen, sondern vor allem die angewandte Versuchsanordnung. Die Verreibung der Schuppen mit Sand genügt keineswegs, die Milben abzutöten; es müßte der Versuch mit gekochten Schuppen bzw. mit einem Filtrat hiervon vorgenommen werden.

Oppenheim: Die Erkrankungen sind ähnlich den Milbenerkrankungen, die durch getrocknete Früchte, wie Prünellen, Feigen, Datteln usw., hervorgerufen werden. Auch die Pferderäude sieht ähnlich aus. Es handelt sich um Sarkoptes-Tyrogliphen und andere Milbenarten. Diese bohren aber keine Gänge in die Haut, sondern erzeugen vielleicht durch ihr Speicheldrüsensekret diese Hautreaktion. Bezüglich der Bezeichnung „Überempfindlichkeit" ist es wohl nur ein Streit um Worte; da nicht alle Menschen (von 18 Personen 14) bei der Läppchenmethode mit milbenhaltenden Schuppen und Krusten Hautreaktionen zeigten, so besteht ein gewisses allergisches Verhalten der Haut. O. hebt noch hervor, daß unter den 4 negativen Fällen eine Pat. war, die mit einer akuten, generalisierten Dermatitis erkrankt war. Ähnliche Erkrankungen findet man auch durch Vogelmilben hervorgerufen (Dermanyssus avium); Riehl hat uns berichtet, daß Jäger, die getötete Fasanen und Rebhühner heimtragen, an ähnlichen Dermatitiden erkranken können, da die Milben ein totes Tier fluchtartig verlassen und sich womöglich auf einen lebenden Körper begeben.

Lipp: **Lipomatosis multiplex.** 49jähr. Pat. weist in der Haut der oberen Extremitäten unregelmäßig verteilt sitzende bis taubeneigroße Tumoren von derber Konsistenz und lappigem Bau auf. Die Haut über den Tumoren ist verschieblich, zum Teil bläulich verfärbt. Außerdem findet sich ein vereinzelter Knoten an der Vorderseite des rechten Oberschenkels. Diese Knoten sind klinisch als Fettgeschwülste erkennbar, zeigen hiotologisch weitmaschiges Fettgewebe, mit kleinen Herden von Lipoblasten.

Fessler: 1. **Sclerodermia circumscripta.** a) 44jähr. Pat., die etwa 25 Jahre in Beobachtung, verschieden alte Herde aufweist, die sich teils im Stadium atrophicum, teils im Stadium indurativum befinden. Die symmetrische Anordnung der Herde auf Brust und Rücken spricht für eine trophische Ursache, andererseits sprechen länger dauernde Amennorrhoe und Abbau der Thyreoidea nach Abderhalden für endokrine Ursachen.

b) 20jähr. Pat., seit einem halben Jahre in Beobachtung. Sie zeigt einen handtellergroßen, rasch an Größe zunehmenden Herd unter der rechten Mamma.

Digitized by Google

2. **Keratoma palmare et plantare hereditarium.** 11jähr. Knabe. Nach Schmierseifenbehandlung Besserung.

Stein: **Lichen ruber acuminatus.** Die Pat. zeigt zerstreut am Rumpfe, an den oberen und unteren Extremitäten, am behaarten Kopfe und im Nacken lachsrot verfärbte, lamellös schuppende, nur wenig infiltrierte Krankheitsherde. Die Größe derselben wechselt von der eines Schillings bis zu diffus flächenhaften Hautbezirken, die die Länge des gesamten Rumpfes einnehmen und in Form einer Schwimmhose am Kreuzbein und am Mons Veneris konfluieren. Die Ränder dieser Herde sind vollständig unregelmäßig, teils scharf konturiert, teils in kleinste follikuläre Hornstacheln tragende Effloreszenzen aufgesplittert. Handteller und Fußsohlen intensiv hyperkeratotisch und von tiefen Knickungsfurchen durchzogen. Wundschleimhaut frei. Histologisch: Hornpfröpfe in den Follikeln mit Verbreiterung des Stratum granulosum, ferner bandförmige, geringe Infiltration im Papillarkörper.

Kerl: **Fall zur Diagnose.** 40jähr. Pat., vom 20. bis 24. Lebensjahre ohne Unterbrechung in Behandlung wegen „Katatonie" und Hämatemesis. Hautbefund: Am Stamm, besonders an den Seitenpartien bestehen schilling- bis handtellergroße, hell- bis tiefschokoladebraune Flecke. Weitere Veränderungen zeigt die Haut im Bereiche der Herde nicht. Die Verfärbung ist in den mittleren Partien tiefer und blaßt am Rande ab. Die Abgrenzung ist eine scharfe. Die Pat. gibt an, daß die Flecke sich zeitweise röten und dabei Juckreiz verursachen. Sie traten bereits vor einigen Jahren einige Male im Jahre auf, verschwanden aber immer restlos. Erst seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt die Pat. die Pigmentierung. K. konnte während des Spitalaufenthaltes an einem Herd eine solche entzündliche Veränderung beobachten. Der Fleck war etwas eleviert, zeigte neben dem Braun deutlich eine blaßrote Farbe. Dabei fühlte sich der Herd bis in die Subkutis pastös an. Die Erscheinungen blieben einige Tage persistent und verschwanden dann mit einer leichten Desquamation. Pat. gibt auch an, daß dem Einsetzen des Juckens und der Rötung Kopfschmerzen vorausgehen. Während des Spitalaufenthaltes traten wieder „katatonische" Anfälle auf, die einige Tage dauerten. Auch diese wurden von Kopfschmerzen eingeleitet. Während der Anfälle, von denen nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob sie als katatonische oder epileptische aufzufassen sind, ist die Pat. nicht bei Bewußtsein, hält die Arme gebeugt vor das Gesicht, die Muskeln alle straff gespannt. Was das Krankheitsbild vom dermatologischen Standpunkt anlangt, so zeigt es entfernte Ähnlichkeit mit der Urticaria pigmentosa. Auch hier treten urtikarielle Erytheme auf, die zu starker Pigmentansammlung führen. Das Einsetzen der Erkrankung, die Größe der Flecke sowie vor allem auch der histologische Befund entsprechen aber durchaus nicht der Urticaria pigmentosa. Als primäre Erscheinung im Krankheitsbild möchte K. das Auftreten des urtikariellen Erythems auffassen, während der Pigmentierung mehr sekundärer Charakter zukommt. K. hat auch an ein medikamentöses, rezidivierendes Erythem gedacht, wie solche nach Antipyrin, Salvarsan usw. bekannt sind, aber keines der genannten Medikamente hat Aufflackern der Hauterscheinungen verursacht. K. kann demnach nur annehmen, daß die Affektion ätiologisch mit der zentral nervösen Störung der Pat. im Zusammenhang steht. Dafür spricht das Vorausgehen der Kopfschmerzen und das häufig gleichzeitige Einsetzen der Krampfzustände. K. sah ein ähnliches Krankheitsbild vor kurzem bei einem 23jähr. Pat. Der junge Mann lag ebenfalls wegen Krampfzuständen und einer folgenden Lähmung längere Zeit in einer Nervenstation. Nach längerer Beobachtung wurde dort die Diagnose auf einen in cerebro lokalisierten Tuberkel gestellt. Der Pat. wurde mit Röntgen bestrahlt und verließ in sehr gebessertem Zustande das Spital. Nunmehr gibt der Pat. an, daß wieder Kopfschmerzen einsetzen und zeigt zwei scharf umschriebene, fast handtellergroße Flecke am Stamm. Die Haut an diesen Stellen ist gerötet und zeigt leichte Desquamation. Die Flecke bestehen schon seit einigen Wochen und verändern sich nicht; auch zur Zeit, als Pat. in der Nervenstation lag, waren drei solcher Flecken vorhanden, die nur ganz langsam sich später rückbildeten. Eine Bräunung blieb noch längere Zeit bestehen. Diesen Fall genauer zu untersuchen, war K. nicht möglich; immerhin glaubt er, daß auch bei diesem Fall die rezidivierenden Erytheme mit der zerebralen Affektion in Zusammenhang stehen.

Planner: 1. **Pemphigus vulgaris.** 85jähr. Pat. mit Blaseneruption an den oberen Extremitäten, besonders den Oberarmen, sowie an der hinteren Rachenwand bis zum Rachendach.

2. **Pemphigus vegetans.** Die 51jähr. Pat. von sehr gutem, fast blühendem Aussehen zeigt neben reichlichen Blasen und Erosionen nach solchen an der Lippen- und

Digitized by Google

Wangenschleimhaut typische vegetierende Formen unter der Mamma, perigenital und -anal. Am Kopf, über den Scheitelbeinen eine über handgroße, nässende und haarlose Fläche und in deren Umgebung einzelne linsengroße verkrustete Stellen. Das Bemerkenswerte an dem Fall ist, daß die heute keine Schwierigkeiten bietende Diagnose erst 6 Monate nach Beginn der Erkrankung und 2 Monate nach Beginn der klinischen Beobachtung gestellt werden konnte. Bei der ersten Untersuchung Ende September 1927 bot sie Krankheitserscheinungen am behaarten Kopfe, die an ein nässendes Ekzem denken ließen, wenngleich die Haarlosigkeit der erkrankten Partie und die Erfolglosigkeit jeder Therapie auffallend waren. Erst als Ende November Erosionen an der Mundschleimhaut auftraten, später Bläschen unter den Mammae folgten, konnte die Diagnose gestellt werden. Interesse verdient auch die Tatsache, daß die Erkrankung nicht nur lokalisiert begann, sondern auch durch lange Zeit auf ein streng umschriebenes Terrain beschränkt blieb, wodurch der Fall an die von Bockhelt aus der Herxheimerschen Klinik mitgeteilten Fälle erinnert.

Müller hatte Gelegenheit, zusammen mit Biach die Pat. vor Ausbruch des Pemphigus am Stamm zu beobachten. Der damals isolierte Prozeß an der Kopfhaut machte einen durchaus uncharakteristischen Eindruck. Jede Lokalbehandlung war erfolglos. Eine zirkumskripte Rötung der Gaumenschleimhaut gab den ersten Fingerzeig zur Diagnose. Bald stellten sich dann Pemphiguseruptionen am Stamm ein.

Urbach: U. berichtet über zwei Arten von **Gewerbedermatosen**, die **bei Spenglern** vorkommen, von denen die eine Form, das allergische Ekzem, bisher scheinbar überhaupt noch nicht beschrieben, die zweite, die Chlorakne, nicht genügend bekannt ist und daher in der Praxis auch nicht entsprechend bekämpft wird. Unter 400 Schülern einer Fortbildungsschule für Spengler fanden sich im Vergleich zu gleich alten Schülern eines anderen Berufes (Friseure), daß im 15. und 16. Lebensjahre ungefähr gleich viel Burschen (14%) an Acne vulgaris leiden. Dagegen steigt der Prozentsatz im 17. und 18. Lebensjahre (also nach 2—3jähriger Arbeit im Berufe) bei den Spenglern auf 33 bzw. 37% gegenüber 20 und 27% bei gleich alten Friseuren. Den gleich hohen Prozentsatz von 37% konnte bei älteren Arbeitern im Spenglerfache (19—40 Jahre) festgestellt werden. Der Unterschied wird noch auffallender, wenn die Schwere der Akne in Betracht gezogen wird; während die Friseurlehrlinge fast ausnahmslos eine leichte Komedonenakne aufweisen, findet sich bei den 17- und 18jährigen Spenglern fast in der Hälfte der Fälle eine mittelschwere oder schwere Akne, meist nur des Gesichts. Von diesen Kranken gibt ungefähr die Hälfte an, daß die Hauterkrankung bei der Arbeit erst entstand oder sich wesentlich verschlechterte. Sie führen die Erkrankung auf die freiwerdenden Chlorgase bei Herstellung des Lötwassers sowie beim Löten selbst zurück. Zwei weitere Pat. (26 bzw. 23 Jahre alt) zeigen zum Teil im Gesicht und am Nacken, zum Teil an den Händen subakute Ekzeme, die jeder Therapie trotzten, sofort aber sich besserten, wenn die Pat. dem Betriebe entnommen wurden. Auflagen von Zink, Zinn, Kupfer usw. verliefen negativ, Auflage von $^1/_{10}$% neutralisierten Zinkchlorids (Lötwasser neutralisiert) verursachte subjektiv deutliches Brennen.

Matras: **Ulcus tuberculosum mucosae oris.** 37jähr. Mann, seit Jahren wegen kavernöser Lungentuberkulose in Anstaltsbehandlung. An der linken Wangenschleimhaut ein über linsengroßes Geschwür mit fetzigem, unterminiertem Rand und schmierig belegtem Grund, auf Berührung schmerzhaft. Histologisch: reichlich Epitheloidzellen und Riesenzellentuberkel.

Riehl jun.: 1. **Verbrennung im Trichloräthylenrausch als Gewerbeschädigung.** 16jähr. Hilfsarbeiter mit tiefgreifenden, in Heilung begriffenen Verbrennungsherden dritten Grades, wie man sie sonst nur bei Epileptikern sieht, an der Stirn, der linken Kinnhälfte (bis auf den Knochen reichend) und an beiden Händen. Besonders schwere Verbrennung am 2. und 3. Finger der linken Hand (an der Mittelphalanx des letzteren liegt der Knochen periostlos frei). Pat. ist in einer chemischen Putzerei beschäftigt, woselbst Kleider in Trichloräthylen gereinigt werden. Das Trichloräthylen strömt nach Gebrauch in Dampfform in eine Reinigungsanlage, wo es rückgewonnen wird. Nach Angabe des Dienstgebers begab sich Pat. ohne Auftrag in den Waschraum, schloß Türen und Fenster und soll den Wasserleitungshahn der Kühlanlage, die die Dämpfe kondensiert, abgesperrt haben, so daß nun Trichloräthylengas ausströmte. Durch die Dämpfe betäubt sank Pat. nach vorn und kam auf den heißen Destillationsapparat zu liegen. Im ganzen soll er sich etwa 5 Minuten im Raume aufgehalten haben. Er wurde noch bewußtlos in die Klinik gebracht, roch intensiv nach dem Narkotikum und zeigte eine Exzitation, wie sie nach Ätherrausch beobachtet wird. Das Trichloräthylen ist ein dem

Digitized by Google

besonders in Amerika als Narkotikum viel verwendeten Äthylen nahestehendes Gas. Letzteres ist bekanntlich sehr wenig toxisch. Auch im vorgestellten Falle scheint die Narkose keinen allgemein schädigenden Einfluß gehabt zu haben.

2. **Schwefelsäureverätzung als gewerbliche Schädigung.** 20jähr. Mann mit derzeit in Überhäutung begriffener granulierender Ätzwunde der linken Hüfte. Pat. arbeitete in einer Pelzzurichtungswerkstätte und hatte Pelze auf der Lederseite mittels einer Bürste mit 66%iger Schwefelsäure zwecks Beizung einzureiben. Hierbei wurde unbemerkt etwas von der Säure auf seine Kleider verspritzt. Erst durch das Zerfallen des Stoffes wurde er auf die Verätzung aufmerksam. Am nächsten Tage Schmerzen und Ätzwunde an den entsprechenden Hautpartien. Die Affektion zeigte bei der Aufnahme die typischen, festhaftenden braunen Schorfe. Anfangs heftige Schmerzen und Temperaturerhöhung, weiterer Verlauf o. B.

Fuhs: **Pemphigus vulgaris.** I. 67jähr. Frau. Diapositive. Beginn des Leidens vor 5 Wochen. An der Haut von Stamm und Extremitäten zahlreiche Blasen und Erosionen. Zytologisches Blutbild: 12½% Eosinophile. Durch interkurrente Pneumonie Exitus letalis.

II. 60jähr. Frau. Beginn des Leidens vor einem halben Jahre. Am Stamm, namentlich entlang der Wirbelsäule und in der Schnürfurche, einzelne und gruppierte Bläschen und Blasen, erodierte Stellen und hellgelbbraune Pigmentationen. Im Munde verheilte Erosionen. Zytologisches Blutbild o. H. 3½% Eosinophile.

III. 71jähr. Mann. Beginn der Affektion mit Schluckbeschwerden im Sommer, seit 4 Wochen Blasen im Munde. Typisches Schleimhautbild. 55% Eosinophile.

Arzt: 1. **Zwischenfälle und Mißerfolg bei der Antivirustherapie.** Erscheint in der Derm. Zschr.

2. **Mycosis fungoides.** 48jähr. Pat., stand vor 5 Jahren mit diffuser Rötung und Infiltration sowie Schuppung der Haut des Gesichts in Röntgenbehandlung der Klinik. Histologisch damals außerordentlich polymorphe diffuse Infiltration bis in die tiefen Kutisschichten mit besonderem Reichtum an Eosinophilen. Derzeit unter Röntgenbestrahlung nahezu sämtliche Erscheinungen geschwunden bis auf leichte Infiltration an Nasenspitze und angrenzenden Partien mit Schuppung, innerhalb der sich auch zum Teil atrophische Stellen mit Teleangiektasien finden.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archives of Dermatology and Syphilology

1928, Bd. 17, Nr. 6

„Paget's Disease of the Nipple": A True Cancer Tending to Invade the Epidermis and Necessitating Total and Early Amputation of the Breast (Die Pagetsche Erkrankung der Brustwarze: ein echter Krebs, der die Haut zu durchwachsen strebt, und der eine frühzeitige Totalamputation der Mamma notwendig macht), von L. M. Pautrier. S. 767. Auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultat, daß die Pagetsche Erkrankung der Brustwarze nicht ein präkanzeröses Stadium ist, sondern ein echter Krebs, der aus der Tiefe der Milchgänge an die Oberfläche emporwuchert. Die „Pagetzellen" sind größer als die Malpighischen Zellen und besitzen keine Verästelungen; in einem granulären Protoplasma liegt der große Kern, der 2—3 umfangreiche Kernkörperchen enthält. Die Pagetzellen sind nicht veränderte Epidermiszellen, auch keineswegs Abkömmlinge der Malpighischen Zellen, da keinerlei Übergänge zwischen beiden Zellarten zu finden sind; es sind wuchernde, zerstörende Zellen, die die Epidermis durchwandern. In den Fällen, wo von Autoren behauptet wird, daß der Paget eine epidermal entstehende Präkanzerose sei, ist nie eine Amputatio mammae vorgenommen worden und genaue histologische Untersuchungen in der Tiefe angestellt

Digitized by Google

worden, wie Verf. es tat. Ein klinischer Beweis für die Entstehung des Paget aus der Tiefe ist die blutige Absonderung aus den Milchgängen, obgleich die Oberfläche der Brustwarze nur ekzematös verändert ist. Paget an anderen Stellen, z. B. in einem Falle am Gesäß wurde durch ein Rektumkarzinom verursacht. Als einzige Therapie des Paget fordert Verf. die Ausräumung des tiefgelegenen Karzinomherdes.

Actinomycosis, Cutaneous and Systemic (Allgemeine und Hautaktinomykose), von H. Feit-New York. S. 791. Bericht über 2 Fälle von Aktinomykose, die durch chirurgische Eingriffe verschlechtert wurden; es traten neue Herde an weiteren Stellen auf. Therapeutisch erwies sich Röntgenbestrahlung kombiniert mit hohen Jodkalidosen als das geeignetste.

Schamberg's „Peculiar Progressive Pigmentary Disease of the Skin": Report of a Case (Schambergs „eigentümliche progrediente Pigmenterkrankung der Haut": Bericht über einen Fall), von G. V. Stryker u. R. H. Davis-St. Louis. S. 795. Kurzer klinischer Bericht über einen typischen Fall von Schambergscher Krankheit, der sich völlig von Angioma serpig. und Purpura annularis teleangiectodes unterschied, und der an den ältesten Stellen eine deutliche Atrophie der Haut zeigte.

Organic Luetin: Its Use in the Diagnosis of Syphilis (Organ-Luetin, seine Anwendung zur Diagnose der Syphilis), von L. Hollander-Pittsburgh. S. 797. Organ-Luetin ist ein wässeriger Extrakt aus spirochätenhaltigen Organen. 0,1—0,2 ccm werden intrakutan injiziert. Eine positive Reaktion erscheint in Form eines roten, urtikariellen, scharf begrenzten Fleckes 24—36 Stunden nach der Injektion. Bei Gummen fällt die Reaktion in 80—90% der Fälle positiv aus; bei sekundären Hauterscheinungen nur in 45%, bei kongenitaler Lues in 85—95% der Fälle. Verf. untersuchte 30 Fälle. 9 hatten negative WR und positive Luetinreaktion; unter antisyphilitischer Behandlung heilten die Erscheinungen ab. In 3 Fällen mit positiver Luetinreaktion wurde erst nach der Behandlung die WR stark positiv. In den übrigen Fällen waren WR und Luetinreaktion positiv. Das Luetin hat keineswegs eine provokatorische Wirkung auf die WR. Nach Verf. ist das Luetin besonders ein wertvolles Hilfsmittel zur Diagnose der Lues III.

Thyroid Treatment of Alopecia Areata: Report of a Case (Thyreoidbehandlung der Alopecia areata: Bericht über einen Fall), von M. B. Gordon-Brooklyn. S. 817. Ein 4jähriges Mädchen, das seit 9 Monaten eine fast totale Alopecia areata hatte, die jeder lokalen Therapie trotzte, bekam nach Verabfolgung von Thyreoideaextrakt sofort Haarwuchs. Diese Therapie wurde bis zum völligen Schwinden der Alopezie fortgesetzt.

Progressive and Recurrent Dermatofibrosarcoma (Dermatofibrosarcoma Protuberans) (Fortschreitendes und rezidivierendes Dermatofibrosarkom [Dermatofibrosarcoma protuberans]), von F. E. Senear u. E. Andrews u. D. A. Willis-Chicago. S. 821. Bericht über 2 Fälle von Dermatofibrosarkom, das in einem Falle am Bauch, im anderen an der Brust auftrat. Es bildeten sich zuerst kleine harte Knoten, die langsam an Zahl und Größe zunahmen, um allmählich einen dichten bläulichen Tumor zu bilden. In einem Zeitraum von 1 Jahr bis zu 46 Jahren erscheinen auf dem Tumor Neubildungen, die gestielt oder breit aufsitzen, rapid wachsen und meist apfelgroß werden. Sie haben ein weißes oder rötliches Aussehen; können erweichen und ulzerieren. Nach unvollständiger Entfernung des Tumors erfolgt rapide Neubildung. Die beste Therapie ist Exzision weit im Gesunden. Der Allgemeinzustand pflegt nicht zu leiden; Drüsen oder andere Metastasen sind nicht gefunden worden; nur in 1 Falle war der Musc. pectoralis mitergriffen. Histologisch sieht der Tumor im ersten Stadium wie ein Fibrom, im zweiten wie ein Spindelzellensarkom aus; es können auch beide Stadien nebeneinander bestehen.

Comparative Results of Colloidal Gold, Colloidal Mastic and Colloidal Benzoin Tests of Cerebrospinalis Fluid (Vergleichende Resultate der kolloidalen Gold-, kolloidalen Mastix- und kolloidalen Benzoereaktion der Zerebrospinalflüssigkeit), von C. E. Reyner-Detroit. S. 833. In 2160 Fällen stimmten die kolloidale Gold- und die kolloidale Mastixreaktion zu 91,6% der Fälle überein. Von 250 Fällen stimmten die Gold- und die Benzoereaktion in 79% überein, die Benzoe- und die Mastixreaktion in 81%. Am empfindlichsten ist die kolloidale Benzoereaktion. Sie vermag die ersten Veränderungen im Zentralnervensystem anzuzeigen. Durch die Benzoereaktion allein vermag man die Art der Erkrankung, ob Meningitis, Paralyse oder Tabes, festzustellen. Die Mastixreaktion zeigt nur eine Veränderung des Liquors überhaupt an, ohne die Art der Erkrankung zu charakterisieren. Nach Verf. mag

Digitized by Google

die kolloidale Goldreaktion zugunsten der Benzoereaktion weggelassen werden oder zur besseren Information beide zugleich angewendet werden.

The Quantitative Kahn-Reaction in the Treatment of Syphilis (Die quantitative Kahnsche Reaktion bei der Behandlung der Syphilis), von R. R. Gasser u. J. E. Houghton-Washington. S. 843. Die quantitative Kahn-Reaktion bestimmt die reaktive Potenz des syphilitischen Serums und drückt diesen Betrag durch die Menge der reagierenden Substanz in „Kahn-Einheiten" aus. Wenn diese Kahn-Reaktion während der antisyphilitischen Kur durchgeführt wird, so hat man einen Gradmesser für die Wirkungsweise des Medikaments. Während die reguläre Kahn-Reaktion immer ++++ bleiben kann, gibt die quantitative Methode den Fortschritt in der Ausheilung an. Wenn die Zahl der Kahn-Einheiten sich nicht vermindert, so muß eine andere Therapie eingeschlagen werden.

A Useful Carbon-Dioxide Mold (Eine praktische Kohlensäureschneeform), von S. S. Greenbaum-Philadelphia. S. 847. Diese Form sieht wie ein Nasenspekulum aus und wird fest auf die Kohlensäurebombe aufgeschraubt. Die Form hat mehrere Luftlöcher und wird mit Gemsenleder überzogen. Die Kohlensäure wird langsam herausgelassen, bleibt zum kleinen Teil in der Form, zum größeren Teil in dem Lederüberzug, von wo aus sie vermittels einer Zange in die Form hineingepreßt wird. Wenn man die gefüllte Form jetzt in der Hand hält, so genügt die Erwärmung, um den Kohlensäureschnee gut herauszubekommen; der Kohlensäureschnee kann nun mit zwei verschieden großen Flächen aufgesetzt werden. L. Mühlpfordt-Allenstein.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1928, Bd. 40, Nr. 5

Lichen Planus of the Tonsils (Lichen planus der Tonsillen), von M. S. Thomson. S. 191. Bei der 33jährigen Frau hatten seit ½ Jahr Schluckbeschwerden bestanden, die beiden Tonsillen zeigten eigentümlich weißliche Flecken, deren Diagnose durch gleichzeitigen Lichen planus hypertrophicus an Nacken, behaartem Kopf und linkem Vorderarm bestätigt wurde; Mundschleimhaut und Zunge waren normal. Mit innerlicher Darreichung von Wasserstoffsuperoxyd und Gurgelwasser stellte sich rasche Besserung des Zustandes (der Mandeln) ein, aber der Fall wurde dadurch kompliziert, daß an Stelle der hypertrophischen Haut-Lichen-Effloreszenzen ein framboesiformes Syphilid sich bildete. Durch antisyphilitische Behandlung verschwanden rasch die Hauterscheinungen; Wassermann blieb jedoch positiv. Immerhin erscheint die Annahme berechtigt, daß der Lichen (der Tonsillen) durch die Syphilis verursacht war. Patientin gebar späterhin ein augenscheinlich gesundes Kind, dessen WR noch negativ ist. (Abbildung der Mandel-Affektion.)

Erythema Elevatum Diutinum, von H. J. Templeton-Kalifornien. S. 193. 20jähr. Patientin, bei welcher eine knotenförmige Neubildung über dem proximalen Gelenk des vierten Fingers auf der Streckseite vorhanden war; dieselbe war vor 4 Jahren aus einem kleinen Knötchen entstanden und seitdem in mehr oder weniger großen Zwischenräumen an Größe zunehmend zu einem festen, über dem Gelenke verschieblichen Gebilde von 1—1½ cm Durchmesser geworden; die darüber befindliche Haut normal, keine Abschuppung, Atrophie oder Licheninfikation, kein Jucken oder Schmerz. Behandlung mit Röntgenstrahlen und Radium ohne Erfolg. Histopathologisch wurden nekrotische Herde gefunden, welche identisch mit jenen von Granuloma annulare sind, so daß man es bei diesem Erythema elevatum vielleicht mit einem Vorstadium des Granuloma annulare zu tun hat.

Dressed Kid-Skin Moulages: A New Technique for the Coloured Portrayal of Skin-Lesions (Ziegenleder-Moulagen: eine neue Technik für die farbige Reproduktion von Hautkrankheiten), von N. Toomey-St. Louis. S. 199. Die meisten Oberflächenerscheinungen können auf Ziegenhaut ebensogut reproduziert werden wie auf Wachs, in manchen Fällen zweifellos besser, in manchen vielleicht nicht so gut. Diese Leder-Moulagen sind leichter, billiger und rascher herzustellen, nicht so leicht zerbrechlich oder durch Hitze zerstörbar wie jene aus Wachs. Sie eignen sich jedoch nicht für kompliziertere Körperstellen, wie die ganze Hand oder Fuß, Ohren, Mund usf. Ledermoulagen können mehr oder weniger flach aufbewahrt werden, wodurch sowohl beim Transport wie bei der Lagerung Raum erspart wird. Genaue Beschreibung der Lederherstellung wie der Bemalung mit Wasser- und Ölfarben; die Technik ist viel einfacher als bei den Wachsmoulagen.

Digitized by Google

1928, Bd. 40, Nr. 6

„Poikilodermie-Civatte", von E. G. G. Little. S. 231. Die Affektion zuerst mit „Dyschromie des Gesichts" von L. (im J. 1920) bezeichnet, dann von Civatte (1923) noch weiter beobachtet und genauer beschrieben, besteht hauptsächlich aus einer gewissen ungeregelten Pigmentierung des Gesichts, auch des Nackens, Halses, zuweilen auch Schultern und Armen, die sehr rasch sich ausbreitet, aber dann sehr lange bestehen bleibt, dabei guter allgemeiner Gesundheitszustand. Während Civattes Fälle mittelalte oder ältere Frauen betrafen, beobachtete L. diese Hautaffektion bei einer 29jährigen Frau und einem 22jährigen Manne. Histologisch findet sich in allen Fällen Atrophie der Haut, wiewohl nirgends Narben vorhanden sind, Drüsen und Haarfollikel intakt bleiben und die Haut ihre normale Konsistenz und Farbe wieder annehmen kann. Was die Bezeichnung betrifft, so war sie auch von Jacobi Poikilodermia vascularis atrophicans benannt worden — für L. ein Barbarismus an der lateinischen Sprache, „atrophians" ist die richtige Bildung. Kurze Beschreibung von weiteren 9 Fällen, die L. beobachtet hat und die sämtlich weibliche Patienten im Alter von 24—53 Jahren betrafen.

A Contribution to the Histology of the Cylindromatous Tumours of the Scalp (Ein Beitrag zur Histologie der zylinderförmigen Geschwülste der Kopfhaut), von J. H. T. Davies-Brighton. S. 241. 18jähriges Mädchen, bei welchem seit etwa 6 Monaten eine gestielte Geschwulst von Bohnengröße, rötlich, weich, etwas gelappt und mit Eiter umgeben auf dem behaarten Kopfe saß. Klinisch ähnelte dieselbe einem Granuloma pyogenicum, histologisch zeigte sie nach der Exstirpation mehr oder weniger die Struktur einer Schweißdrüse. Späterhin wurde das nach der Abtragung zurückgebliebene Geschwür, das den verschiedenen Behandlungsmethoden, einschließlich Röntgenstrahlen, trotzte, ebenfalls exzidiert. Der Fall ist den unter der Bezeichnung Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) veröffentlichten Fällen anzureihen. (Abbildungen über den histologischen Befund.) M. Stern-München.

The American Journal of Syphilis

1927, Bd. 11, Nr. 4

The Chemical Constitution and Therapeutic Effect of Some of the Newer Antisyphilitic Remedies (Die chemische Zusammensetzung und der therapeutische Effekt von einigen neueren antisyphilitischen Heilmitteln), von G. W. Raiziss-Philadelphia. S. 517. Besprechung der chemischen Zusammensetzung des Arsphenamins und Neoarsphenamins. Betonung der großen Wirksamkeit bei Rattenversuchen mit Trypanosoma equiperdum. Vorbesprechung der Suche nach einer wirksamen fünfwertigen Arsenverbindung.

Experience with 2,000 Intramuscular Injections of Neoarsphenamine in Neurosyphilis (Erfahrungen mit 2000 intramuskulären Injektionen von Neoarsphenamin bei Neurosyphilis), von A. Gordon-Philadelphia. S. 525. In Anbetracht der unsicheren Wirkung nach intravenöser und intraspinaler Neoarsphenaminbehandlung bei Neurolues und auch mit Rücksicht auf Schädigungen durch das Medikament, entschloß sich Verf. zur intramuskulären Therapie. Seine Erfolge bei häufigen kleinen Dosen waren ebensogut wie die besten mit der früheren Therapie. Außerdem nie Nebenwirkungen.

Syphilis Resistant to Bismuth (Wismutresistente Syphilis), von I. C. Sutton-Hollywood, Calif. S. 530. Nach längerer Wismutbehandlung mit löslichem Wismuttartrat Heilung eines Primäraffektes. 14 Tage nach beendigter Kur Auftreten von anscheinend ulzerierenden Papeln, erneut Wismut ohne Erfolg, nach einer Neoarsphenamininjektion prompte Heilung.

Simulation of Decerebrate Rigidity in Two Paretics (Auftreten von zerebral bedingter Starrheit bei zwei Paralytikern), von Ch. E. Kiely-Cincinnati. S. 532. Bericht über zwei Fälle, die vollkommen starr zur Aufnahme kamen. Der eine Pat., ein 36jähr. Mann, besserte sich nach Chlorkalziuminjektionen und wurde nach gelungener Malariakur wieder arbeitsfähig. Der zweite Fall betraf eine 15jähr. Pat., bei der eine Lösung der Kniestarre auch in Narkose nicht möglich war. Exitus. Es fand sich eine Blutung im Mittelhirn.

A Case of Congenital Syphilis (Ein Fall von kongenitaler Syphilis), von J. R. Mc Cord. S. 538. Geburt eines 35 cm langen, mazerierten Fötus von einer Mutter,

Digitized by Google

bei der sich weder organisch noch serologisch Lues nachweisen ließ. Mikrophotogramme der mit zahlreichen Spirochäten durchsetzten fötalen Organe.

Treponematosis as a Public Health Factor (Treponematosis in ihrer Bedeutung für die Volksgesundheit), von C. S. Butler und E. Peterson-Haïti. S. 539. Verff. unterscheiden nicht zwischen Syphilis und Framboësie, sondern nur zwischen ländlicher, nicht auf sexueller Basis erworbener und städtischer, auf sexuellem Wege akquirierter Treponematosis. Die Zahl der in den ländlichen Polikliniken behandelten Fälle geht in die Tausende in einem Jahre. Mit gutem Erfolge wurden Bismutpräparate gegeben.

Syphilitic Meningitis in Infants and Young Children (Syphilitische Meningitis bei Säuglingen und kleinen Kindern), von J. W. Amesse und W. W. Barber-Denver. S. 544. Die syphilitische Meningitis ist relativ selten und wird häufig mit tuberkulöser Meningitis verwechselt, zumal sowohl der Blut- als der Liquorwassermann negativ sein können. Auch kann die Erkrankung bei gut ernährten Säuglingen auftreten, die keine Symptome von Syphilis aufweisen. Die Prognose ist im allgemeinen schlecht. Es wird über 4 Fälle von Kindern berichtet, die im Alter zwischen 3 Monaten und 6 Jahren standen. 2 davon endeten letal.

The Treatment of Neurosyphilis (Die Behandlung der Neurosyphilis), von J. L. Mc Cartney. S. 550. Ausführliche Besprechung der Anwendung von Arsphenamin, Quecksilber, Jod, Wismut, Tryparsamid sowie der Malariatherapie.

Practical Considerations on the Treatment of Syphilis (Praktische Betrachtungen über Syphilisbehandlung), von A. Ravogli-Cincinnati. S. 576. Für den Dermatologen nichts Besonderes.

Some Practical Points in the Treatment of Syphilis (Einige praktische Punkte bei der Syphilisbehandlung), von A. L. Anderson-Springfield. S. 588. Untersuchung der Syphilitiker auch auf andere Erkrankungen, nicht zu lange Behandlungen, Bettruhe bei Patienten, die ambulante Behandlung nicht vertragen.

Desultory Remarks on Syphilis (Kurze Bemerkungen über Syphilis), von Wm. Moser-Brooklyn. S. 590. Nichts Besonderes.

The Biochemistry of the Wassermann Reaction (Preliminary Report) (Die Biochemie der WR [vorläufiger Bericht]), von A. J. Hinkleman-Oklahoma City. S. 594. Eingehende experimentelle Studien.

A Rapid Simple Method for Simultaneous Titration of Amboceptor and Complement (Eine schnelle, einfache Methode zur gleichzeitigen Titration von Amboceptor und Komplement), von J. H. Clark-Philadelphia. S. 609. Eingehende Beschreibung einer Titrationsmethode, die einen Gewinn von einer halben Stunde bei der Ausführung der WR ermöglicht und noch bessere Resultate verspricht.

An Analysis of the Wassermann, Kahn, and Meinicke Tests (Analyse der Wassermannschen, Kahnschen und Meinickeschen Proben), von F. R. Schmidt und R. C. Zickmann-Chikago. S. 614. Größte Genauigkeit der Wassermannschen Methode, das Flockungsverfahren nach Meinicke ist einfacher und gibt sicherere Resultate als das Verfahren nach Kahn.

Three Phases of Wassermann-Technic: Associated Considerations, a Comparison of Antigens, and a Method of Titrating and Estimating Positivity of a Serum (Drei Phasen der Wassermannschen Technik: Gemeinsame Betrachtungen, ein Vergleich der Antigene und eine Methode zur Titration und Feststellung der Positivität eines Serums), von M. H. Swan-Chikago. S. 621. Beim Vergleich der Kolmerschen Antigene stellt sich das Schütteln als wichtigster Unterscheidungsfaktor heraus. Die Verwendung fester Mengen von Serum und Antigen und gleichmäßig ansteigender Komplementdosen erlaubt die Bestimmung der Reaktionsstärke positiver Seren.

1928, Bd. 12, Nr. 1

The Physician's Danger in Treating Patients Who Have Syphilis (Die Gefährdung der Ärzte bei Behandlung von Syphilitikern), von C. Whitney-Boston. S. 1. Mitteilung von 10 Fällen von Berufsinfektion.

Regarding the Treatment of Syphilis (Betrachtungen über Syphilisbehandlung), von J. Clark-New York. S. 10. Wendet sich gegen lässige und unzureichende Behandlung der Syphilis.

The Lymphadenitis of Tertiary Syphilis with Survey of Literature and Report of Three Cases (Die Lymphadenitis bei tertiärer Syphilis, Literaturübersicht

Digitized by Google

und Bericht über 3 Fälle), von C. L. Cummer-Cleveland, Ohio. S. 13. Verf. fand in der Literatur 86 Fälle. Die häufigste Fehldiagnose war Tuberkulose, dann Hodgkinsche Krankheit. Seroreaktionen nicht immer maßgebend. Prompte Heilung auf spezifische Therapie.

Syphilis and Epilepsy (Syphilis und Epilepsie), von H. A. Patterson-Sonyea. S. 41. Unter 41 beobachteten Luetikern war im allgemeinen nur ein zufälliges Zusammentreffen mit Epilepsie festzustellen. Nur wenige Fälle wiesen einen ätiologischen Zusammenhang auf, und auch nur bei diesen war die Therapie erfolgreich.

Syphilis of the Stomach (Syphilis des Magens), von Ch. Herman-Subotitza, Jugoslavien. S. 49. Ein 24jähr. Pat. erkrankte mit Magenbeschwerden. Luische Infektion lag 7 Jahre zurück. Die Röntgenuntersuchung des Magens ergab Füllungsdefekt vor dem Pylorus. Da für Karzinom sonst kein Verdacht bestand, die Seroreaktionen positiv waren, spezifische Kur, daraufhin Heilung.

Sodium Thiosulphate and its Therapeutic Field in Syphilis (Natriumthiosulphat und seine therapeutische Bedeutung bei Syphilis), von L. G. Beinhauer-Pittsburgh. S. 55. Natriumthiosulphat ist von Bedeutung bei akuter und chronischer Arsen-, Wismut- und Quecksilbervergiftung. Weiter bei serofester Lues, bei lokalen Infiltraten infolge technischer Fehler, und als Prophylaktikum gegen Metallvergiftungen.

Sodium Thiosulphate in Wassermann-Fast Syphilis (Natriumthiosulphat bei wassermannfester Syphilis), von L. G. Beinhauer und F. M. Jacob-Pittsburgh. S. 61. Es wurden 28 seropositive, bis dahin energisch antiluisch behandelte Fälle mit Natriumthiosulphat weiterbehandelt. Es besserten sich im ganzen 24 serologisch. 10 wurden negativ.

The Histologic Structure of Syphilitic Lesions of Rabbits (Die histologische Struktur syphilitischer Schädigungen bei Kaninchen), von P. S. Gregoriew und K. G. Jarisheva-Saratow. S. 67. Zahlreiche Mikrophotogramme. Eine Reihe von Ähnlichkeiten, jedoch auch viele Differenzen, verglichen mit den Veränderungen bei der Syphilis des Menschen.

A Study of the Micro-Kahn Test in Syphilis. A Report of 2100 Reactions. Beobachtungen über die Mikro-Kahnreaktion bei Syphilis. Bericht über 2100 Fälle), von R. A. Kilduffe und W. W. Hersohn, Atlantic City Hosp. S. 82. Ausführliche Beschreibung der Technik. Günstige Resultate, die es den Verff. wünschenswert erscheinen lassen, die Reaktion zusammen mit der WR auszuführen.

The Kahn Test on Spinal Fluid (Die Kahnsche Reaktion beim Liquor spinalis), von Th. G. Hull, L. Fry und Ch. Garwood-Springfield. S. 104. Er wurden Untersuchungen an 1200 Liquors gemacht. Darunter waren 181 von Patienten mit luischer Anamnese. Von diesen ergaben 135 ein positives Resultat. Unter den 45 negativen erwiesen sich 19 auch nach anderen Methoden als negativ. Von 229 als klinisch sicher nicht syphilitisch diagnostizierten erwies sich nur ein Fall als positiv im Gegensatz zu anderen Reaktionen, während die übrigen 6 positiven Fälle auch nach anderen Methoden positiv ausfielen.

A Study of the Kahn Precipitation Method for the Serum Diagnosis of Syphilis (Beobachtungen über die Kahnsche Flockungsmethode zur Serodiagnose der Syphilis), von W. A. Wilson, R. M. Nedley und Fl. Honig-New York City. S. 111. Starke Übereinstimmung mit der WR. Größere Empfindlichkeit der Kahnschen Methode. Untersuchungen mit 22000 Sera.

The Laboratory Diagnosis of Syphilis (Die Laboratoriumsdiagnose der Syphilis), von I. Davidsohn-Philadelphia. S. 122. Besprechung der bekannten Laboratoriumsmethoden zur Serodiagnose der Syphilis. Als wichtigste und sicherste Methode gilt für den Verf. die Kolmersche.

A Lipoid Extracted from Scallops Possessing Antigenic Properties in the Wassermann Reaction (Die Antigeneigenschaften eines Lipoidextraktes aus Kammmuscheln bei der WR), von E. S. Sanderson. S. 136. Der alkoholische Extrakt aus dem Muskel der Muscheln erwies sich als genau so wirksam wie der ebenso bereitete aus Rinderherzen. Der cholesterinisierte Extrakt erwies sich sogar als empfindlicher und deckte in einem Falle eine kongenitale Lues auf. E. Rosenbaum-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

d. Serologie.

Fortschritte in der Serodiagnostik der Syphilis, von R. Müller, Serodiagn. Untersuchungsanstalt Wien. (W. m. W., 1928, H. 8, S. 243; H. 9, S. 287.) Es handelt sich bei der WR nicht um eine spezifische Reaktion, sondern um eine „Zustandsspezifität" des Antigens. Es muß durch die entsprechende physikalische Einstellung das Antigen so gestaltet werden, daß es bei möglichster Ausfallsbreite die notwendige Spezifität behält. Gewisse Zusätze, wie z. B. Cholesterin, können das Antigen verstärken, ohne es unspezifisch zu machen. Die Benutzung der Aktivmethoden geht zum Teil auf Kosten der Spezifität; es ist daher empfehlenswert, wenn man exakt arbeiten will, Aktiv- und Inaktivmethode nebeneinander zu verwenden. Wichtig ist die Modifikation nach Kaup mit der Komplementauswertung. Die Flockungs- und Trübungsreaktionen sollen die WR ergänzen. Der behandelnde Arzt soll durch die Anstellung der serologischen Untersuchungen in seinem diagnostischen Urteil, aber auch in Fragen der Therapie und Prognose unterstützt werden. E. Langer-Berlin.

Die Reaktion Wassermann und Sachs-Georgi bei Frauen und Brustkindern, von B. Gurwitsch.

Die Meinickesche Mikro-Reaktion bei Brustkindern, von Palzew. (J. z. Vervollkommnung d. Ärzte, 1928, Nr. 4 [russisch]). Ersterer Verf. fand, daß die Syphilis bei Brustkindern augenscheinlich viel öfter vorkommt, als wir auf Grund der gewöhnlichen klinischen Symptome vermuten, so daß eine genaue serologische Untersuchung aller Kinder, bei denen ein Verdacht auf Syphilis vorliegt, notwendig ist. Ferner ist wünschenswert, eine 2malige Untersuchung aller Erstgebärenden und bei Verdacht auf Syphilis auch der Mehrgebärenden (WR, SGR und MTR). Der zweite Verf. hält die Meinickesche Mikroreaktion für eine sehr wertvolle, fast spezifische Reaktion auf Syphilis. Sie stimmt in 92,5% mit der WR überein. Ihre Ausführung ist sehr einfach. A. Jordan-Moskau.

Über eine Modifikation der Wassermannschen Reaktion als Kontrolle der Originalmethode (Di una variante alla reazione di Wassermann come controllo al metodo originale), von E. Mariotti, Derm. Univ.-Klin. Neapel. (Riforma med., 1928, Nr. 10.) Verf. geht von der Ansicht aus, daß gerade der alkoholische Auszug dem Antigen seinen Charakter verleiht und daß im Serum sich alkohollösliche Substanzen befinden, die eine besonders starke Antigenwirkung entfalten. Deswegen setzt Verf. dem Serum direkt das alkoholische Antigen zu und erhält bei 90 Untersuchungen mit dieser Modifikation sowohl im positiven wie in negativen Fällen feinere Resultate als mit der Originalmethode. Es fand sich eine Abweichung von etwa 13% mit aktivem und inaktivem Serum, dagegen nur von 4% bei ausschließlicher Verwendung von inaktivem Serum. Die Methode ist besonders bei unklaren latenten Fällen oder zur Feststellung der Gesundung nach der Behandlung verwendbar. — Kurze Beschreibung der Methode, Vergleichstabelle und einige Krankengeschichten.
H. Colmann-Berlin.

Über die Brauchbarkeit von Pferdeherzextrakten als Antigen für die Wassermannsche Reaktion, von H. Gross, Inst. E. v. Behring Marburg. (Kl. W., 1928, Nr. 12, S. 553.) Verf. hat an einem großen Material (2000 Sera) die Eignung des alkoholischen, mit Cholesterin versetzten Pferdeherzextraktes für die WR probiert und kommt in Vergleich mit anderen Extrakten zu dem Resultat, daß der Pferdeherzextrakt sehr gut verwendbar ist. Es wird empfohlen, stets die WR mit mehreren Extrakten anzusetzen und als einen davon den Pferdeherzextrakt zu benutzen.
E. Langer-Berlin.

Application de la réaction d'opacification de Meinicke à l'examen des liquides céphalorachidiens (Die Anwendung der Meinickeschen Trübungsreaktion bei der Liquoruntersuchung), von S. Mutermilch und E. Salamon. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 11, S. 822—825.) Die MTR war bisher trotz mehrfacher Modifikationen für die Untersuchung des Liquors nicht gut verwendbar, sie wird es durch die von den Verff. ausgeprobte Technik. Zwei Röhrchen von 12 mm Durchmesser werden mit 0,5 ccm des zu untersuchenden Liquors beschickt, das eine, das als Kontrolle dient, erhält außerdem einen Zusatz von 4 Tropfen Formaldehyd.

Digitized by Google

Sodann werden 2 Röhrchen, von denen das eine 1 ccm Toluantigen, das andere 10 ccm physiologische Kochsalzlösung enthält, im Wasserbade 10 Minuten lang bei 45—48° erwärmt, ihr Inhalt möglichst schnell durch mehrmaliges Hin- und Hergießen gemischt und von der noch lauwarmem Mischung je 0,5 ccm zu jedem der Liquor enthaltenden Röhrchen hinzugesetzt. Diese werden geschüttelt und in den Brutschrank gestellt. Die Ergebnisse entsprechen hierbei den bei der Untersuchung des Blutserums gefundenen; es scheint eine gewisse Unabhängigkeit von der WR und anderen Reaktionen zu bestehen. Die Methode hat den Vorteil, empfindlich, einfach, schnell und billig zu sein. E. Levin-Berlin.

L'exposant hydrogène et la floculation des sérums normaux et syphilitiques par l'acide acétique (Der Wasserstoffexponent und die Ausflockung normaler und syphilitischer Sera mit Essigsäure), von R. Douris, Ch. Mondain und J. Beck. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 901—903.) Eine Serie normaler und syphilitischer Sera wurde in gleichbleibendem Quantum mit progressiv fallenden Dosen von in physiologischer Kochsalzlösung verdünnter Essigsäure zusammengebracht. Entsprechend der Konzentration der Essigsäure trat nur in einigen Röhrchen Präzipitation ein; doch war unter gleichen Verhältnissen der Niederschlag bei syphilitischen Seren ein viel reichlicherer als bei normalen. Hingegen fand sich in der über dem Präzipitat stehenden Flüssigkeit kein wesentlicher Unterschied in der Wasserstoffionenkonzentration. Ferner zeigte sich die schon früher erwiesene Tatsache, daß ein Präzipitat, an dessen Zusammensetzung eine albuminoide Substanz beteiligt ist, in einem Übermaß eines der konstituierenden Reagentien löslich ist. E. Levin-Berlin.

Sur la positivité de la réaction de floculation à la résorcine (réaction de Vernes) chez certains syphilitiques et rhumatisants non tuberculeux (Über positiven Ausfall der Flockungsreaktion mit Resorzin [Reaktion von Vernes] bei nichttuberkulösen Syphilitikern und Rheumatikern), von L. Langeron und H. D'Hour. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 12, S. 982—984.) Die von Vernes bei Tuberkulose angegebene Flockungsmethode mit Resorzin gibt auch bei einigen anderen Affektionen einen positiven Ausschlag. Zu den bereits bekannten werden hier noch positiv reagierende Fälle subakuter und chronischer Rheumatismen und älterer Syphiliserkrankungen hinzugefügt, in denen allen Tuberkulose klinisch, radiologisch und bakteriologisch auszuschließen war. E. Levin-Berlin.

Eine neue aktive Methode für die Syphilisdiagnose (Bemerkungen zu der Mitteilung von Tsien Yung Tsü [Shanghai] in Jg. 7, Nr. 3, S. 119 dieser Wochenschrift), von C. Bruck-Altona. (Kl. W., 1928, Nr. 9, S. 407.) Die von Tsü angegebene Methode unterscheidet sich von der des Verf. nur dadurch, daß man nach einer Minute langem Schütteln sofort das Hammelblut zusetzt, während der Verf. Serumextrakt erst eine Stunde binden läßt. Einen Vorteil bedeutet die Tsüsche Methode nicht, da bei vielen Sera das Schütteln zuviel Zeit in Anspruch nehmen dürfte. Ferner ist es vorteilhafter, nach des Verf. Methode mit drei Extrakten gegenüber der Tsüschen mit einem Extrakte zu arbeiten. E. Langer-Berlin.

Erfahrungen mit der R. Müllerschen Ballungsreaktion bei der Serodiagnostik der Lues, von R. Müller-Wien. (M. Kl., 1928, Nr. 8, S. 300—301.) Zu den Einwänden, die B. Abadjieff (M. Kl., 1927, Nr. 50; Ref. diese Wschr., Bd. 86, S. 618) gegen die Müllersche Ballungsreaktion erhoben hat, wird bemerkt, daß die ungünstigen Erfolge auf Rechnung eines mangelhaft funktionierenden Antigens zu setzen sind, wofür schon die abweichende Schilderung der Ballungsbilder spricht. Ohne Anstellung der Ballungsreaktion muß jede serologische Untersuchung auf Syphilis für unvollständig erklärt werden. E. Levin-Berlin.

Schlußwort auf die vorstehenden Bemerkungen Prof. R. Müllers zu den Erfahrungen Abadjieffs mit der MBR, von R. Otto-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 8, S. 301.) Technische Unstimmigkeiten können nicht allein die ungünstigen Resultate von Abadjieff erklären; die Methode ist jedenfalls noch verbesserungsbedürftig und hat zur Zeit nicht die ihr von Müller zugesprochene weitgehende Bedeutung bei der Serodiagnostik der Syphilis. E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit der Müllerschen Ballungsreaktion (MBR) zur serologischen Syphilisdiagnose, von H. Mayser-Stuttgart. (Kl. W., 1928, Nr. 17, S. 792.) Auf Grund seiner ausführlichen Untersuchungen kommt Verf. dazu, die Methode als ungeeignet abzulehnen. Eine neue Methode hat nur dann für die bakteriologischen

Digitized by Google

Untersuchungsstellen einen Zweck, wenn sie in ihren Resultaten mehr zu leisten imstande ist als die bisherigen zur Ergänzung der WR angegebenen Methoden.
E. Langer-Berlin.

Klinische Erfahrungen mit der Müllerschen Ballungsreaktion (MBR) bei Lues, von C. Tataru und D. Conradi. (Kl. W., 1928, Nr. 18, S. 871.) Verff. kommen auf Grund ihrer Untersuchungen an einem Material von über 1200 Fällen zu dem Resultat, daß die Müllersche Ballungsreaktion recht brauchbar ist. Die Technik ist nicht schwierig, jedoch so subtil, daß ihre Ausführung nur in einem serologisch eingerichteten Laboratorium vorgenommen werden kann. E. Langer-Berlin.

Die Trübungsreaktion Meinickes im Liquor cerebrospinalis, von Untersteiner und K. Scharfetter, Neurol. psych. Univ.-Klin. Innsbruck. (Kl. W., 1928, Nr. 14, S. 641.) Ein Teil MTR-Extrakt, fünf Teile 1%ige ClNa-Lösung auf 45° erwärmen, rasch und gründlich mischen, 0,5 ccm dieser Mischung mit 0,5 ccm aktivem Liquor kräftig schütteln. Von jedem Liquor zwei Proben, eine bei Zimmertemperatur, eine bei 37—38°. Ablesen nach zwei Stunden im Dunkelfeld bei 60-, evtl. bei 350- bis 400facher Vergrößerung. Untersuchungen an über 1000 Liquorproben haben ergeben, daß die Methodik für die Liquoruntersuchung absolut zuverlässig ist und an Sicherheit in den Ergebnissen der WR im Liquor gleichgestellt werden kann. Infolge ihrer leichten technischen Ausführbarkeit ist die Untersuchungsmethode als Ergänzung und Kontrolle der WR zu empfehlen, desgleichen auch als Ersatz derselben, wenn es sich um eine recht rasche Orientierung oder einen besonderen Notfall handelt.
E. Langer-Berlin.

Die Indigoreaktion zur Liquordiagnostik, von P. Kirchberg, Staatsinst. f. experiment. Ther. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1928, Nr. 10, S. 380—381.) Die bereits früher beschriebene Reaktion gestattet auch eine graphische Kurvendarstellung, die differentialdiagnostisch von Bedeutung ist. Sieben Reagenzgläser enthalten der Reihe nach Liquor in fortschreitender Verdünnung von 0,50, 0,25 usw. bis 0,0075; dazu wird eine Lösung von kolloidalem Indigo gesetzt. Bei positiver Reaktion erfolgt bereits nach 2—4 Stunden Aufhellung, deutliche Flockung, bisweilen schon leichter Niederschlag. Nach 24 Stunden hat sich das Indigo zu Boden gesetzt, die darüberstehende Flüssigkeit ist wasserklar. Die Aufhellung erstreckt sich bei Paralyse bis zum 4., je nach der Stärke der Reaktion bis zum 8. Glase. Bei Lues cerebri oder Tabes finden sich Kurven, deren Gipfel zwischen dem 2. und 3. oder 3. und 4. Glase lagen. Negative Fälle hellten sich nicht auf. E. Levin-Berlin.

Die Kafkasche Paraffinreaktion der Zerebrospinalflüssigkeit, von Hodoss und Gorew. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1928, Nr. 4.) Verff. stellten Versuche an mit der von Scharawskij etwas veränderten Kafkaschen Paraffinreaktion, bestehend in Anwendung eines russischen weißen Paraffins, welches bei etwa 53° schmilzt, und konnten den Wert dieser Reaktion bestätigen. A. Jordan-Moskau.

Über Ursachen, Wesen und Verhütung des sogenannten Meningismus nach Lumbalpunktion, von E. Trautmann, Städt. Krkhs. Sandhof, Frankfurt a. M. (Kl. W., 1928, Nr. 15, S. 695.) Beschwerden, die nach der Lumbalpunktion auftreten, insbesondere Kopfschmerzen, sind der Ausdruck von vasomotorischen Krampfzuständen im Gehirn, die verschiedene Ursachen haben können. Erstens können sie durch die entstehenden Druckschwankungen bedingt sein; je größer der Liquorverlust ist, um so größer ist daher auch der initiale Reiz. Zweitens können die Erscheinungen bei fehlendem initialem Reiz durch eine Summierung anderer Reizmomente hervorgerufen sein, z. B. Fahren mit der Bahn, langes Gehen, psychische Erregungen usw. Drittens muß man eine individuell verschiedene Reizempfindlichkeit des Gefäßsystems in Betracht ziehen. Aus allen diesen Gründen kann es im Anschluß an eine Punktion, selbst bei alleiniger Vornahme mit den dünnen Wechselmann-Kanülen, zu mehr oder weniger starken Reizerscheinungen kommen. Es ist daher notwendig, daß vor der Punktion durch die anamnestische Erhebung der Arzt ein ungefähres Bild von der eventuellen Neigung zu vasomotorischen Reaktionen erhält. Es muß auf die seelische Verfassung des zu punktierenden Kranken äußerste Rücksicht genommen werden, und es ist alles zu vermeiden, was ihm besondere Furcht einflößt. Daher läßt Verf. den Kranken nicht festhalten, sondern hat eine besondere Sitzvorrichtung für die Lumbalpunktion konstruiert. Zur Verhinderung des Nachsickerns des Liquors wird der Patient für 1/4 Stunde in Bauchlage gelegt. Bahnfahrten, größere Anstrengungen, Alkoholgenuß sind nach der Punktion zu vermeiden; am besten ist es, die Punktion am Abend vorzunehmen, damit der Kranke bis zum nächsten Tage

Digitized by Google

ruhen kann. Die Erregbarkeit des Kranken kann man durch Gaben von Luminal herabsetzen. Stets sollen nur die dünnen Wechselmann-Kanülen benutzt werden.
E. Langer-Berlin.

Eine neue serologische Pipette, von J. Báron-Budapest. (Kl. W., 1928, Nr. 11, S. 526.) Die neue Pipette besteht aus zwei Teilen: einer Meßspritze und einem nichtgraduierten Pipettenrohr, die durch ein Gummizwischenstück miteinander verbunden werden. Die Meßspritze ist in $^1/_{20}$ ccm geteilt und faßt 1,2 ccm. Es wird die gewünschte Flüssigkeit durch das Anziehen der Spritze aufgezogen und durch den Stempelstand der Spritze abgemessen, ohne daß die Flüssigkeit mit der Spritze selbst in Berührung kommen kann. Es brauchen lediglich die Pipettenrohre sterilisiert zu werden. Eine hohe Zuverlässigkeit beim Arbeiten hat sich erwiesen. Der Preis ist verhältnismäßig niedrig.
E. Langer-Berlin.

e. Therapie

Wie weit ist die Syphilis eine so gut wie sicher heilbare Krankheit geworden?, von E. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Bonn. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928, Nr. 8, S. 275; Nr. 9, S. 311.) Fortbildungsvortrag.

Augenblicklicher Stand der Syphilisbehandlung, von P. Nikolskij und P. Koshewnikow. (Med. Mysl, 1928, Bd. 4, Nr. 3—5.) Eine Übersicht mit einigen persönlichen Bemerkungen; so z. B. geben die Verff. bei der Abortivbehandlung 6—8 Injektionen Neosalvarsan von 0,45 bei Frauen und 0,6 bei Männern und 40 Injektionen 1%iges Hg-Zyan im Laufe von 40—45 Tagen. Die lokale Behandlung kann nicht nur den Primäraffekt, sondern auch die regionären Drüsen berücksichtigen. Bei der chronisch intermittierenden Behandlung ziehen die Verff. eine Kombination von Hg-NS derjenigen von Bi-NS vor, da bisher die Frage noch nicht entschieden ist, ob das Bi das Hg ersetzen kann. Große Bedeutung geben die Verff. einer Kur in einem Schwefelbad.
A. Jordan-Moskau.

Die Grundlagen der antisyphilitischen Behandlung der Neugeborenen, von E. Klaften, Univ.-Frauenkl. Wien. (Kl. W., 1928, Nr. 10, S. 458.) Wo die Möglichkeit der Erkrankung besteht, diese aber nicht nachweisbar ist, muß man eine Präventivbehandlung vornehmen. Darunter fallen neben den infizierten Kindern mit Versagen der Frühdiagnose auch sicher gesunde Kinder, die vielleicht der Infektion entgangen sind. Auch die vor der Schwangerschaft vorgenommene Malariabehandlung muß bei der Mutter noch vor oder in der Schwangerschaft durch eine spezifische Behandlung ergänzt werden. Das Maß der Kuren teilt Verf. folgendermaßen ein: bei manifester Lues drei Kuren, bei der Frühbehandlung mindestens zwei Kuren und nur bei der Präventivbehandlung erscheint eine Kur ausreichend. Großer Wert muß dabei gleichzeitig auch auf die Ernährung gelegt werden. Im übrigen bespricht Verf. die verschiedenen Behandlungsmethoden, unter denen er auch das Myosalvarsan und das Spirozid als für die Säuglingspraxis bewährt würdigt. Er ist dabei Anhänger einer ausgesprochen intensiven Behandlung und hält die von anderer Seite der Behandlung zur Last gelegten Folgen der Intensivbehandlung für bisher nicht bewiesen.
E. Langer-Berlin.

Zur Behandlung der angeborenen Syphilis, von E. Müller, Kinderkrankenst. der Stadt Berlin im Waisenhaus Rummelsburg. (Ther. d. Geg., 1928, H. 2, S. 69.) Bis vor kurzem wurden 3—4 kombinierte Kuren durchgeführt in Dosen von 1 mg Kalomel bzw. 0,03 g Neosalvarsan pro Kilogramm Körpergewicht, im späteren Kindesalter 0,02 und 0,01 g, als Höchstdosis bei älteren Kindern 0,45 g Neosalvarsan und 0,04 g Kalomel. Im ganzen erfolgten innerhalb 12 Wochen je 12 Injektionen in 3tägigem Turnus von je 3 Injektionen. Wiederholung nach $^1/_4$ Jahr. In letzter Zeit ist Verf. zu einer einzigen, besonders energischen Kur in doppelter Dosierung übergegangen, worüber ein abschließendes Urteil noch nicht möglich ist. Die Wismutbehandlung gibt schlechtere Erfolge als Kalomel allein. Über die Spirozidbehandlung sind die Erfahrungen noch zu gering. Mit der Malariaimpfung wurden bei geistig zurückgebliebenen syphilitischen Kindern Versuche angestellt, aber ohne Erfolg. Die Gesamtsterblichkeit der syphilitischen Säuglinge in Anstalten beträgt immerhin noch 25—30%.
B. Peiser-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 39a (Bd. 87) 29. September 1928

A. Buschke

ZU SEINEM 60. GEBURTSTAG 27. SEPTEMBER 1928 GEWIDMET

*

Hochverehrter Herr Professor!

Mit einer Anzahl Ihrer Freunde, früheren Mitarbeiter und Schüler haben wir uns zusammengetan, um als Zeichen der Anerkennung und Verehrung, die Sie durch Ihre unermüdliche Forscherarbeit weit über unsere Fachkreise hinaus sich erworben haben, Ihnen zu Ihrem 60. Geburtstage, an dem sich sicherlich aus aller Welt Ihre vielen Freunde mit ihren Glückwünschen einstellen werden, diese Festschrift zusammenzustellen und zu überreichen.

Es würde zu weit führen, an dieser Stelle die einzelnen Gebiete unseres Spezialfaches aufzuzählen, mit denen Sie sich beschäftigt haben und auf denen Sie Hervorragendes geleistet haben; was in Ihren eigenen Arbeiten und Lehrbüchern und denen Ihrer Schule an reicher Forschung und Erfahrung niedergelegt ist, ist Allgemeingut geworden. Ihr Ideenreichtum und Ihre stets neuen Anregungen sind weit über den Kreis Ihrer Schüler hinaus fruchtbar gewesen. Zur Charakterisierung Ihrer unermüdlichen und zähen Forscherarbeit möchten wir nur Ihre jahrzehntelangen Thalliumforschungen hervorheben, die nun schließlich zu allgemein-biologischen und auch praktisch wertvollen Ergebnissen geführt haben, und die Blastomykose-Lehre, die stets mit Ihrem Namen verbunden bleiben wird.

Und so bitten wir Sie, diese Festnummer als ein Zeichen der Dankbarkeit Ihrer Schüler und der Freundschaft Ihrer Kollegen anzunehmen, die hoffen, daß es Ihnen vergönnt sein möge, sich noch recht lange in ungetrübter Gesundheit und Schaffensfreude in den Dienst unserer Wissenschaft zu stellen.

WILLY FISCHER. ERICH LANGER.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Städtischen Krankenhauses
(Ärztlicher Direktor: Prof. C. Bruhns)

Zur Kenntnis der Dermatomyome

Von

C. Bruhns

Mit 1 Abbildung im Text

Im jüngsten Heft der Derm. Zschr.[1]) teilt U. Saalfeld mit, daß er bei der Durcharbeitung aller bisher mitgeteilten Fälle von Hautmyomen eine Abschlußziffer von 42 Dermatomyomerkrankungen bei Männern und von 20 solchen Fällen bei Frauen erhielt, das Verhältnis der Erkrankung betrug also etwa 2:1, während man nach Art der Veröffentlichungen der früheren Fälle ein Überwiegen der Frauen angenommen hatte. Da bei der Seltenheit dieser Erkrankung der einzelne Fall immer noch einige besondere Züge zur Vervollständigung des Krankheitsbildes bringt, sei eine neue Beobachtung bei einer weiblichen Person kurz mitgeteilt[2]).

Aus der Anamnese der jetzt 58jähr. Frau bedarf außer der vorliegenden Erkrankung nur der Erwähnung, daß vor jetzt 22 Jahren wegen Blutungen ex utero eine Operation vorgenommen und angeblich die Gebärmutter ganz oder zum Teil herausgenommen wurde (Myome??). Ferner trat 1914 eine einmalige kurzdauernde angebliche Lungenblutung auf, nach Erholungskur bestand wieder vollständiges Wohlbefinden und es zeigte sich keinerlei Wiederholung der Blutung. Ein Sohn der Patientin soll aber jetzt auch an Tuberkulose leiden, während drei andere frei davon waren, zwei von ihnen fielen im Kriege.

Die jetzige Hauterkrankung begann vor 25 Jahren mit dem Auftreten erst eines rötlichen Knotens auf der linken Wange, dann aber kamen bald immer mehr hinzu, auch nahmen die einzelnen Knoten an Größe allmählich etwas zu. Der jetzige Zustand (vergl. Abb.) soll seit mindestens 10 Jahren, wahrscheinlich schon länger, auf der Wange unverändert bestehen. Zunächst wurden gar keine Beschwerden bemerkt, erst in den letzten 5 Jahren, wie die Patientin sehr exakt angibt, treten besonders bei Kälte ziemlich heftige Schmerzanfälle von mehreren Minuten Dauer ein, die sich einige Male am Tage einstellen. Anhaltepunkte für Erblichkeit des Hautleidens sind nicht zu erfahren.

Man sieht bei der ganz kräftigen Patientin auf der linken Wange bis zum Hals hinunter an 40 hanfkorn- bis linsengroße mäßig hart anzufühlende Knoten von gelblicher oder meist mehr rötlicher Farbe, die halbkugelig die Haut überragen (s. Abb. 1). Die kleinen Geschwülste sind über der Unterhaut gut verschieblich, die Haut über den Knoten läßt sich nicht verschieben. Auf Druck sind sie weder von oben her noch bei seitlichem Zugreifen schmerzhaft. Außer den Knoten auf der Wange sind vereinzelte ganz hell gefärbte nur etwa hirsekorngroße kleine Tumoren unterhalb des linken Kieferrandes sichtbar, die wohl auch von gleicher Natur sind wie die auf der Wange. Ferner findet sich ein etwa linsengroßer hellerer Knoten auf der rechten Wange und am übrigen Körper noch je ein etwa kleinerbsengroßer rötlicher, ziemlich harter Knoten an der Streckseite des linken Ober- und Unterarmes, an der Streckseite des rechten Oberarmes und oberhalb der rechten Mamma, alle diese Knoten schmerzen aber nicht bei Kälte oder auf Druck. Von dem übrigen Befund des Körpers ist nur hervorzuheben das Bestehen von verschärftem Atmen über der rechten Lungenspitze. Blutbefund: Zytologisch o. B., WR negativ, Nervensystem o. B. Grundumsatzbestimmung (Krooghscher Apparat) zeigt 14% Erhöhung.

Die histologische Untersuchung eines der größeren Knoten von der Wange ergab ein meist unverändertes Epithel, das nur hier und da etwas verschmälert erschien.

[1]) Derm. Zschr., Juni 1928. — [2]) Gezeigt in der B. Derm. Ges., 10. VII. 1928.

Digitized by Google

Unterhalb dieses ein schmaler Bindegewebsstreifen und darunter wieder ein scharf abgesetzter Bezirk von ovaler Form, der bis zur Subkutis herunterreichte. Er ist nicht von einer Bindegewebskapsel eingefaßt, bei van Gieson-Färbung erweist er sich als ganz aus glatter Muskulatur bestehend. Die Muskelstränge ziehen in sehr unregelmäßiger Weise kreuz und quer, es sind nur wenig Bindegewebsstränge dazwischen sichtbar, ferner einige spärliche Haarfollikel, hier und da Gefäße, die keine besondere Zellinfiltration aufweisen, Schweißdrüsen sind nicht sichtbar, während seitlich von dem Tumor sehr reichlich Haarfollikel und Drüsen erkennbar sind. Bei der Reichlichkeit der vorhandenen Muskulatur in dem Tumor ist nicht festzustellen, von welchen Elementen die Wucherung der Muskelmassen ihren Ausgang genommen hat, auch nicht an Serienschnitten. Elastika in dem Tumor sehr reduziert.

Abb. 1. Dermatomyome

Unser Fall zeigt die seltnere Lokalisation von multiplen Dermatomyomen an der Wange (früher von White, Mac Leod u. a., neuerdings in ganz ähnlicher Weise von Ormsby, aber bei einem Manne beschrieben), aber die Patientin zeigt auch noch die Bildung einzelner Knoten am Rumpf und an den Extremitäten, die nach dem klinischen Aussehen wohl auch als Dermatomyome anzusehen sind. Bemerkenswert ist vielleicht noch, daß bei einem Bestehen der ersten Knoten seit etwa 25 Jahren doch erst vor 5 Jahren eine Schmerzempfindung aufgetreten ist.

Die letzten Arbeiten über Hautmyome beschäftigen sich hauptsächlich mit der Frage der Histologie und der Ätiologie. Verwiesen sei unter den neueren Arbeiten namentlich auf die eingehenderen Darstellungen von Hagena[1]), del Vivo[2]), Huppert[3]), in diesen Arbeiten ist auch reichliche Literatur über die vorhergehenden Veröffentlichungen zu finden. Danach sei auf die noch nicht mit genannten neuesten Fälle von teils multiplen, teils solitären Dermatomyomen von Asel, Sasakawa, del Vivo (zweiter Fall, mehr Fibromyom), Frühwald (unsicherer Fall), Ormsby, Angelelli, Garibaldi,

[1]) Diese W., 1925, Bd. 80, S. 672. — [2]) Giorn. ital. di Derm. e Sifilol., 1925, Bd. 66, S. 333. — [3]) Zbl. f. Pathol., 1926, Bd. 38, S. 582.

Digitized by Google

Spitzer, Asai, Gatter, Milian und Pésin, Fischer, Meirowsky hingewiesen.

Histologisch werden als Ausgangspunkt der Muskelwucherung öfters die Musculi arrectores pilorum, oder auch Muskeln der Schweißdrüsen, für die tiefer mehr in der Subkutis gelegenen Formen besonders die Gefäße oder versprengte Muskelkeime angesprochen. Es muß aber betont werden, daß bei der meist ungemein starken und unregelmäßigen Wucherung der Muskelfasern es äußerst schwer zu sagen ist, daß gerade von dem einen oder anderen System, und nicht vielleicht gerade von verschiedenen die Faserneubildung ihren Ausgang genommen hat. Bei unserem Fall gelang es jedenfalls nicht, einen bestimmten Ausgangsort mit einiger Sicherheit zu bestimmen.

Als ätiologisches Moment erinnert del Vivo wieder an traumatische Veranlassungsmomente, aber das würde natürlich nur für die solitären oder zirkumskripten, nicht für die ganz multipel verteilten Fälle annehmbar sein. Derselbe Autor streift auch die Möglichkeit endokriner Ursachen, ohne aber weiteren Wert auf sie zu legen. Die Grundumsatzbestimmung bei unserer Patientin ergab eine Erhöhung um 14%. Da aber eine Erhöhung bis zu 10% noch als innerhalb der Fehlerquellen angesehen werden muß, läßt sich mit dieser geringen Erhöhung sicherlich nichts weiter anfangen. Als neues Moment bringt Hagena die Erblichkeit herein, bei seiner Beobachtung hat außer dem ursprünglichen Kranken auch ein Onkel desselben an Dermatomyomen an der Stirn und an der Schulter gelitten. Ziemlich gleichzeitig hat auch G. M. Garibaldi[1]) eine Beobachtung beschrieben, nach der außer dem Patienten selbst auch dessen Vater und Großvater an Hautmyomen gelitten hätten. Also wird man jedenfalls auf dieses erbliche Moment bei den Dermatomyomen weiter zu achten haben. Wir konnten allerdings nichts davon feststellen.

Aus der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten Bonn

Die Bedeutung der Lymphdrüsenerkrankungen für die Erkennung und Erforschung der Syphilis

Von

Erich Hoffmann

Schon den alten Klinikern galt neben der den Primäraffekt begleitenden regionären Lymphdrüsenerkrankung die allgemeine Polyskleradenitis als ein wichtiges Zeichen der syphilitischen Infektion, ja für die Erkennung sonst symptomloser Lues latens war sie ein Hauptmerkmal. Bei unbefangener Betrachtung mußten die Lymphdrüsen als Sitz des Syphilisvirus erscheinen, und die Annahme, daß dies auch in den Latenzstadien der sekundären noch infektiösen Lues der Fall sei, schien berechtigt. Deshalb habe ich, als es galt, mit Schaudinn einen Plan zur

[1]) Arch. ital. di Derm. e Sifilol. e Venerol., 1925, Bd. 1, S. 213. Ref. Zbl. f. Haut- und Geschlechtskr., Bd. 20, S. 314.

Digitized by Google

Erforschung des Syphiliserregers aufzustellen, neben der Untersuchung reiner und geschlossener Primäraffekte, Papeln usw. den charakteristisch geschwollenen Lymphdrüsen, in denen ich selbst schon auf das Virus gefahndet hatte, besondere Aufmerksamkeit geschenkt und die Drüsenpunktion auch zur parasitologischen Erkennung sogleich herangezogen. Nach der Entdeckung des Syphiliserregers zeigte sich allerdings, daß die Lymphdrüsen nicht besonders reich an Keimen sind und der Nachweis daher nur bei sehr sorgsamer Untersuchung ziemlich regelmäßig gelingt. Trotzdem kann heute gesagt werden, daß die Drüsenpunktion bei richtiger Technik (Massage der Drüse gegen die Kanülenspitze) für die Erkennung der menschlichen primären und sekundären nicht zu alten Syphilis eine wichtige und brauchbare Methode geworden ist, die, wie auch BUSCHKE gezeigt hat, selbst bei sonst symptomloser Syphilis die Diagnose zu klären vermag.

Neuerdings haben BROWN und PEARCE, KOLLE u. a. den Wert der Drüsenüberimpfung zur Erkennung symptomloser Syphilis bei anscheinend erfolglos geimpften Kaninchen („Nullern") in großen Versuchsreihen klargestellt. So ist auch bei diesen Tieren die große Bedeutung der Lymphdrüsen für die Feststellung der latenten Lues bewiesen. Ferner aber hat KOLLE auch gefunden, daß die Spir. pallidae schon sehr schnell nach der Impfung in die regionären Lymphdrüsen einwandern und sich viel früher im Organismus verbreiten, als man früher glaubte. Auch in der Milz fand sie ZURHELLE schon nach $1\frac{1}{2}$ Tagen, aber nur durch Impfung; in Lymphdrüsen dagegen vermochte er die Spir. pall. selbst schon früh mikroskopisch aufzufinden, ebenso wie ARMUZZI und STREMPEL bei mit Stückchen unter die Hodenhaut geimpften Tieren ihre Wanderung in Lymphspalten und Gefäßen schon während der ersten Tage in Schnitten verfolgen konnten. Durch diese mikroskopischen Befunde und Impfergebnisse ist also die Theorie, die ich schon 1905 aufstellte, daß der Syphiliserreger gegenüber den Blutspirochäten als ein dem Lymphsystem besonders angepaßter Parasit (Lymph- und Gewebsspirochäte) anzusehen sei, bekräftigt worden. Daß die Spirochäten in diesen Drüsen nicht nur Schlupfwinkel, sondern auch Abwehrorgane finden und deshalb ihre Zahl gering ist, habe ich schon frühzeitig ausgesprochen, wobei mich auch die Erfahrung bestärkte, daß die spezifische Skleradenitis allmählich zurückgeht und tertiäre Erkrankungen der Lymphdrüsen auffallend selten auftreten.

Nun hat sich neuerdings noch eine eigenartige Tatsache ergeben, die weiterer Aufklärung bedarf. In Lymphdrüsen von Kaninchen, die bei der Überimpfung spirochätenreiche Primäraffekte erzeugen, haben verschiedene sehr erfahrene Forscher sowohl im Dunkelfeld wie in versilberten Schnitten vergeblich nach Spir. pall. gesucht. Es ist daher die Frage aufgeworfen worden, ob eine andere Form des Syphiliserregers in ihnen existiere. Schon SCHAUDINN hat angenommen, daß es eine „Ruheform" der Spirochäten geben müsse, und glaubte, eine solche bei Spir. recurr. gefunden zu haben; sein früher Tod hat ihn verhindert, Näheres mitzuteilen. In anderen Organen, wie z. B. im Gehirn, hat man früher auch die Spir. pall. lange vergeblich gesucht und schließlich doch gefunden. Man wird daher auch in den Lymphdrüsen auf in

Digitized by Google

Zellen usw. liegende und daher dem Dunkelfeld unzugängliche (auch schwerer versilberbare) Spirochäten fahnden müssen, ehe man eine übrigens nicht filtrierbare Ruheform annehmen darf.

Die Lymphdrüsenerkrankung hat somit nicht nur für die Erkennung und Feststellung der menschlichen und tierischen Syphilis, sondern auch für ihre weitere mikrobiologische Erforschung große Bedeutung. Bonn, Anfang Mai 1928.

Nachtrag

In sehr interessanten Versuchsreihen haben C. LEVADITI, Frl. R. SCHOEN und M. V. SANCHIS-BAYARRI spirochätenfreie Lymphdrüsen von syphilitischen Kaninchen in Taschen der Hodensackhaut gesunder Kaninchen gebracht und somit eine Methode angewandt, die ich meinen Schülern STREMPEL und ARMUZZI zum Studium des Verhaltens der Spir. pall. während der ersten Inkubationsperiode empfohlen hatte. Dabei haben sie körnige, kugelige, ring- und hantelförmige Bildungen mit der STREMPEL-ARMUZZIschen Silbermethode dargestellt, wie ich sie z. T. schon 1907 in meinem Atlas der ätiologischen und experimentellen Syphilisforschung (z. B. Tafel 23, 2 [Milz], 18, 1 [Analpapel]) abgebildet und auch später öfters beschrieben habe. Unabhängig von LEVADITIS Arbeit habe ich die gleiche Methode auch für die Auskeimung von Spir. pall. in anscheinend spirochätenfreien Lymphdrüsen anwenden lassen (STREMPEL und NAVARRO-MARTIN), doch sind diese Versuchsreihen, die wohlgebildete Spir. pall. in solchen Lymphdrüsen noch nicht finden ließen, nicht abgeschlossen. Bisher habe ich die körnigen und kugeligen „Entwicklungsstadien" nicht von Degenerationsformen unterscheiden können und mehr der Annahme zugeneigt, daß das lymphoide Gewebe vielleicht die Vermehrung der Spir. pall. hemmend beeinflussen und den Zerfall der langen Fäden begünstigen könne. Neue Versuche zur Entscheidung dieser Frage sind von mir angeregt und im Gange (STREMPEL und NAVARRO-MARTIN).

Bonn, Ende Juli 1928.

Die Haut, ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems

Von

ERNST FRIEDRICH MÜLLER und ERNST DELBANCO in Hamburg

I.

Änderungen im vegetativen Verhalten eines Gewebsabschnittes lassen sich am einfachsten und sichersten an der Reaktion der Gefäße erkennen, weiterhin an der biologisch wichtigeren, der Gefäßreaktion parallelgehenden Zunahme oder Abnahme der Leistungsfähigkeit sowie an der produktiven Tätigkeit der Gewebselemente.

Blässe der Haut geht einher mit Vasokonstriktion, Wasserverlust des Hautgewebes, mit Abnahme der Drüsentätigkeit und Einschränkung der Reaktivität, etwa auf örtliche Wärmezufuhr. Bei Rötung liegen die Verhältnisse umgekehrt.

Digitized by Google

Mißt man vegetative Reaktionen eines anderen Organs, etwa des Magens oder der Leber, so liegen die Verhältnisse gleich. Die sekretorische Tätigkeit entspricht dem Verhalten der Gefäße. Blutfülle und Zunahme der Sekretionstätigkeit, nicht nur der Flüssigkeitsfiltration, hängen ebenso eng zusammen wie Sekretionsabnahme und Gefäßverengerung. Diese funktionellen Zusammenhänge innerhalb von Geweben bestehen unabhängig von der auslösenden Ursache, auch unter pathologischen Zuständen, fort.

Nahrungsaufnahme bewirkt Sekretionszunahme und Gefäßerweiterung, z. B. in Magen und Leber. Gefäßerweiterung in Magen und Leber, etwa infolge entzündlicher Erscheinungen der Umgebung (Peritonitis), bewirken in gleicher Weise Sekretionszunahme ohne Nahrungsreiz und damit Füllung von Magen und Duodenum mit „frustran" entleertem Magensaft und Galle. In allen Fällen handelt es sich um Organ-, nicht um bloße Gefäßreaktionen.

Auch wenn der Reiz, oft nur psychischer Art (Suggestion), das reagierende Organ erst auf vegetativ-nervösem Wege erreicht, bleibt die Organreaktion einheitlich und organ-spezifisch.

Wenn Furcht Blässe bewirkt, so kommt es, wie bei Kältereiz, zum Aufhören der Wärmeabgabe. Kalter Schweiß ist nur das Resultat plötzlich mechanischer Auspressung des Schweißdrüseninhalts, nicht fortlaufende Schweißproduktion. Freude, psychische Erregung, die zur Hautrötung führt, schafft mit neuer Durchblutung Anregung aller Lebensfunktionen der Hautelemente, gleich wie bei intensiver Muskelarbeit. Sorgen dagegen, depressive Zustände, können mit entgegengesetzter Beeinflussung selbst trophische Störungen der Nagelentwicklung oder des Haarwuchses bedingen. Alles dieses sind Zeichen mehr oder minder anhaltender, vegetativer Einflüsse auf Organe und Gewebe, von denen allerdings nur die hemmenden zu Störungen führen. Beide sind an der Haut am unmittelbarsten zu studieren, aber nur als Beispiele von Organreaktionen, wie sie überall im Körper vorkommen.

II.

Vegetative Einflüsse treffen niemals nur ein einzelnes Organ. Noch gibt es isolierte vegetative Reaktionen einzelner Organe (etwa der Haut), ohne Beteiligung der anderen. Zwischen allen Organen bestehen gesetzmäßige Korrelationen, die wiederum durch vegetative Bahnen hergestellt werden. Änderungen in dem Verhalten eines Organs, unabhängig aus welcher Ursache, werden auf diesem Wege anderen Organen vermittelt, und damit werden bestimmte Impulse auf diese anderen ausgeübt. So kommt es nicht nur durch wechselseitig entsprechendes Verhalten der Gefäße zu deren Anpassung an die veränderte Verteilung der Blutmengen, die den reagierenden Organen in höherem Maße zuströmen, sondern auch durch entsprechende Rationierung der Organleistungen zu deren Anpassung an den plötzlich an anderer Stelle stattfindenden hohen Energieverbrauch.

Hautblässe bedingt Gefäßfüllung im Abdomen. Diese umgekehrt bedingt, wenn sie primär zustande kommt, Hautgefäßkontraktion und Blässe. In der Kälte steigt mit zunehmender Hautblässe Gallen- und

Digitized by Google

Magensaftsekretion. Bei der Perforationsperitonitis wird mit zunehmender Gefäßfüllung im Abdomen die Haut blaß, das Gesicht eingefallen, der Mund trocken. — Bei übermäßiger Insulinwirkung kommt es mit der Glykogenverarmung der Leber, dem fast völligen Aufhören aller Leberfunktionen und intensivster Gefäßkontraktion der Abdominalorgane zur Hautröte, profuser Schweißsekretion und abnormer Senkung der Körpertemperatur und damit zum Bilde des hypoglykämischen Anfalls.

So werden vegetative Korrelationen diagnostisch wichtig, so ruht unsere Diagnostik auf der Kenntnis der Korrelationen.

III.

Bleibt die Frage, wo solche vegetativ-korrelativen Gesamtreaktionen gesteuert, wo und wie sie ausgelöst werden. Weniges ist bisher darüber bekannt. Funktionell lassen sich die Organe in zwei große Gruppen trennen, abdominal und extraabdominal gelegene. Die Feststellung, daß diese beiden Organgruppen sich gegenseitig dauernd beeinflussen (splanchno-peripheres Gleichgewicht), und daß die zu ihnen gehörigen Organe sich in Steigerung und Abnahme ihrer Funktionen und Leistungen wechselseitig gesetzmäßig ausgleichen, ist das Ergebnis einer Reihe von Arbeiten, die bis auf das DASTRE-MORATsche Gesetz der Blutmengenverteilung zwischen diesen Organgruppen zurückgehen. In welchem Organ diese Umschaltung der Impulse, ihre Aufeinander-Einschaltung vor sich geht, wo diese beiden Gruppen einheitlich gesteuert werden, ist unbekannt.

Wie solche Reaktionen ausgelöst werden, darüber wissen wir mehr. Daß auf direkten Reiz autonom örtlich entstehende Organleistungen, z. B. Verdauung, Schwitzen, hemmend auf die andere Gruppe einwirken, und daß diese Hemmung praktisch in Erscheinung tritt, wenn die primäre Organleistung nur intensiv genug ist, darauf ist bereits hingewiesen. Mit solchen direkt oder auf indirektem Wege ausgelösten intensiven Leistungen eines Organs oder einer Organgruppe entsteht ein „Leistungsschwergewicht" (E. F. MÜLLER und W. F. PETERSEN), ein Feld intensiver Tätigkeit im Organismus. Dem passen sich mit der entsprechenden Gefäßreaktion und Funktionszunahme die Organe der gleichen Gruppe an, während die der anderen Gruppe sich entgegengesetzt einstellen. Das Leistungsschwergewicht beherrscht in dieser charakteristischen Form die vegetative Einstellung des Gesamtorganismus. Läßt diese erhöhte Leistung nach, so kommt es wieder zum Gleichgewicht von Gefäßweite, Blutmengenverteilung und Organleistungen der beiden Gruppen, und damit wieder zu einer mittleren Gleichgewichtslage im Körper, die wir als Ruhezustand zu bezeichnen pflegen.

Mit Nahrungsaufnahme und Verdauung wird diese Ruhe von neuer Bewegung abgelöst, und die erneut eintretende Blutfüllung der Abdominalorgane bringt die extraabdominal gelegenen Organe zur Hergabe von Blut mit den beschriebenen Begleit- bzw. Folgeerscheinungen. Ein Ausdruck dafür ist die Erschwerung ihrer Tätigkeit. So ist's am Herzen, in den Lungen und anderswo. Und bei Gefäßenge oder -starre dieser Organe im Alter können schon bei geringer Intensität solcher vegetativen Hemmungen und daraus resultierenden Störungen schwere Organinsuffizienzen nachfolgen.

Digitized by Google

Wo auch immer die erste Leistungssteigerung stattfindet (z. B. bei der Verdauung, beim Schweißausbruch), ist sie nur möglich, weil oberflächlich gelegene Elemente der Haut oder der Schleimhäute dort den tatsächlichen oder suggerierten Reiz der Nahrung oder die Einwirkung der Außenwärme autonom perzipiert haben. So werden der Magen, der Darm, die Haut zu Perzeptionsorganen, von denen die eigene Leistungssteigerung und Gefäßerweiterung und über das Zerebrum (?), über vegetative Zentren (?) die korrelative Steuerung aller Organe erst seinen Anstoß erhält. Und es entsteht das Problem: Haut und Schleimhäute als vegetative Sinnesorgane.

IV.

Wahrnehmung der Umwelt durch die Sehkraft des Auges, die Hörfähigkeit des Ohres oder das Gefühl der Haut und Weiterleitung zum Gehirn, wo Wahrnehmung erst in Bewußtsein umgeformt wird, sind uns geläufige Begriffe. Dabei ist zu bedenken, daß auch die in Auge und Ohr geschehenen Vorgänge der Wahrnehmung autonom und ohne unser Bewußtsein oder unseren Willen zustande kommen und auf biologischen Zellreaktionen beruhen. So kommt auf die Lichtwirkung die Pupillenreaktion zustande, ohne daß die Wahrnehmung des Lichtes, wie im Schlaf oder in der Narkose, ins Bewußtsein zu gelangen braucht.

Daß Strahlung, Temperatur, meteorologische und klimatische Reize, lange ehe sie als Wärme und Kälte, als Hoch- oder Niederdruck dem Bewußtsein differenzierbar werden, unbewußt perzipiert werden und unbewußt und unabhängig von unserem Willen und unserem Bewußtsein zu Reaktionen, nicht nur der Haut als der unmittelbar betroffenen Gewebe führen, beweist allein schon die Natur der Haut als feinst differenziertes, vegetatives Perzeptionsorgan. Blutbildänderungen, Änderungen der Tätigkeit anderer Organe, Pigmentbildung, Erhaltung der Körpertemperatur und andere Vorgänge auf entsprechende, an die Haut gelangende Reize sind nur Beispiele, die zeigen, daß diese Reize von der Haut different perzipiert worden sind. Sie beweisen die Fähigkeit der Haut, nach Perzeption selbst feinster Umweltänderungen nicht nur ebenso fein differenziert zu reagieren, sondern auch diese Reaktion, umgeformt in nervöse Energien, als Impulse an andere Organe weiterzugeben.

Man könnte hier annehmen, daß diese Impulse über eine Zentralstelle bzw. ein vegetatives Zentrum im Gehirn von der Haut zu den Organen gelangen. Eine solche Annahme ist rein spekulativ. Luithlen gelang es zu zeigen, daß der Hautreiz der intrakutanen Kochsalzinjektion ohne Gehirn beim dekapitierten Tier die elektrische Reizbarkeit des Vagus in gleicher Weise beeinflußte wie bei vorhandenem Gehirn, obwohl im ersteren Falle der Vaguskern mit dem Gehirn verloren war.

Perzeption der Umwelt durch die Haut und Weitergabe derselben bleiben Tatsachen. Nur ein wichtiges Beispiel dafür: Die Hautreaktionen auf an sich unsichtbare und unfühlbare Bucky-Strahlen, deren Wirkung das Epithel kaum überschreiten dürfte, und die sofortige Weitergabe dieser Reaktion, die erst später lokal am Erythem erkennbar wird, an sicherlich nicht von den Strahlen erreichte Organe spricht im gleichen Sinne. Die während des ganzen Lebens unermüdbare feine Anpassung

Digitized by Google

an die Außentemperatur mit entsprechender, zur Erhaltung der Körpertemperatur notwendiger Einstellung ist ein weiteres Beispiel der im Schlafen und Wachen dauernd unbewußten vegetativen Perzeptionsfähigkeit und vegetativen Reaktionen der von der Haut aus beeinflußten Organe und Gewebe.

Auch Auge und Ohr sind als Sinnesorgane vegetativ. Was das Gehirn wahrnimmt, ist ja nicht Licht und Schall, sind vielmehr die vegetativen Reaktionen zelliger Elemente in Retina und Gehörapparat, die auf Licht und Schall autonom zustande kommen und auf zentralen Nervenbahnen als Erregung zum Gehirn geleitet, dort ins Bewußtsein gelangen.

Der grundsätzliche Unterschied liegt darin, daß Auge und Ohr nur dem Gehirn Reize vermitteln, die im Schlaf und in der Narkose nicht mehr zum Bewußtsein gelangen. Die Haut dagegen teilt unabhängig von Bewußtsein und Willen die perzipierten Umweltänderungen unablässig dem vegetativen Nervensystem mit, die dann ohne Verzug in regulative Maßnahmen übergeleitet werden.

Die Haut als Perzeptionsorgan ist mit dem vegetativen System so eng und so maßgeblich und richtunggebend verbunden, und zwar unabhängig davon, ob diese Beziehungen über die vegetativen Zentren des Mittelhirns laufen oder nicht, daß Umweltänderungen jeglicher Art dauernd vegetativ perzipiert, und ohne Unterlaß allen Organen weitergegeben werden. Diese Perzeptionsfähigkeit erstreckt sich auch auf das Innere des Organismus — man könnte dies mit einem Nach-innen-Hören vergleichen. So wird z. B. Temperaturerhöhung im Innern des Körpers durch Muskelarbeit, Lebertätigkeit usw. stets mit entsprechender Reaktion beantwortet.

So ist die Haut zweifellos als ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems anzusehen, und da dieses vegetative Nervensystem wie ein Netzwerk alle Organe und Gewebe umspinnt, als das wichtigste Sinnesorgan des vegetativen Lebens im Organismus.

Dieses Thema, hier nur angedeutet, greift in zahlreiche andere Themen und Probleme hinein. Nur eins dieser zahlreichen mag seiner praktischen Bedeutung halber herausgegriffen werden. Einflüsse vielfacher Art, besonders therapeutische, die auf den Gesamtkörper ausgeübt und einwirken sollen, müssen vorzugsweise an der Haut angreifen. Licht Strahlung, Wärme, Kälte, Feuchtigkeitsänderungen, Klima, das ganze Rüstzeug der physikalischen Therapie gehören hierher. Immunisierung, Esophylaxie (HOFFMANN), Erythem- und Exanthembildung gehören in dieses Gebiet oder grenzen nahe daran. Die für alle diese Fragen wichtige Beziehung der Haut zum vegetativen Nervensystem, zum vegetativen Geschehen im Organismus ist bekannt und in vielfacher Richtung von anderen und uns selbst an zahlreichen Beispielen bearbeitet und läßt doch noch kaum zu übersehenden Fragestellungen Raum. Nicht diesen wollten wir neue Fragen hinzufügen, sondern nur skizzenhaft andeuten, daß Elemente der Haut ein einheitliches System bilden, das — BLOCH nennt die Haut einen Vorposten — im vegetativen Leben des Organismus das wichtigste Sinnesorgan des autonomen Nervensystems darstellt.

Digitized by Google

Betrachtungen zur Epidemiologie der Skabies

Von

Felix Pinkus

Optimis medicis similtudines imponunt et difficultates pariunt. Hippokrates.

Die Grundlage aller ärztlichen Kunst und Wissenschaft ist die gute Beobachtung. Sie bezog sich immer schon auf Symptome und Lebenserscheinungen: mit dem Aufblühen anatomischer Forschung begann auch die Beobachtung der Form.

Trotzdem ist in dem Gebiet, welches am kranken Menschen am meisten in die Augen fällt, in den Erkrankungen unserer äußeren Haut, am wenigsten Exaktes in der alten Medizin zu finden. All die Namen, welche auch heute noch benutzt werden, Psora, Lepra, Lichen, Ekzem, Tinea, Skabies, Porrigo und all unsere anderen verschiedenen Namen deuteten nie in der Weise, wie wir sie heute benutzen, auf morphologische Bilder, auf wirkliche Krankheitsbilder hin, sondern auf Reaktionen der Haut, die durch Erkrankungen des ganzen Körpers, durch sog. Diathesen oder Krasen der Säfte erzeugt werden. Es lag stets ein ätiologischer Gedanke in den mit Namen belegten Hautveränderungen, die als Hautabsonderungen aufgefaßt wurden. Hierbei trat das Krankheitsbild in den Hintergrund und der Krankheitsgedanke herrschte. Die Hauterkrankung galt als eine nützliche Form der Ausscheidung krankhafter Stoffe auf der Haut oder als eine Reaktion der Haut auf Gifte, die in die Haut vom Innern herauskommen; und umgekehrt konnte ein unvorsichtiges, namentlich unvorzeitiges schnelles Heilen, Vertreiben der Absonderung durch lokale Behandlung sehr schaden. Zu schnelle Heilung des Ausschlags, der die Schärfe, den Körper entgiftend, nach außen absetzte und in unschädlicherer Form zum Vorschein brachte, vermochte, das Gift wieder ins Innere zurückkehren zu lassen. Es konnten hierdurch schwere innere Leiden entstehen. Spuren dieser Anschauungen kennen wir auch heute noch in den Beobachtungen und humoralen Deutungen des Ekzemtodes der Kinder, in der Erkennung der verschmierten Krätze in der Iris bei der Augendiagnose oder in den „nach innen geschlagenen" Hautausschlägen des Volksglaubens. So manches von diesem letzteren hält sich aus alten medizinischen Gebräuchen und Anschauungen, richtigen und falschen, das heut anders heißt oder auch ganz aufgegeben ist, ohne gerade falsch zu sein.

Wenn wir an die letzteren Begriffe anknüpfen, so sehen wir darin besonders klare Überbleibsel der alten humoralen Auffassungen. Die Krätze war nicht unsere von der Skabiesmilbe erzeugte, leicht und sicher durch deren Auffinden erkennbare Krankheit, die wir in wenigen Tagen, ohne alle Rücksicht auf sonstiges Befinden und Konstitutionen, durch Schwefel, Perubalsam oder andere sichere Mittel heilen. Die Krätze war eine schwere Krankheit, die nur vorsichtig angegriffen werden durfte, wenn man nicht Schaden oder gar Tod riskieren wollte. Es war

Digitized by Google

nicht unsere Krätze mit ihren typischen Symptomen, sondern Krätze waren alle möglichen juckenden Hautausschläge, unter denen eine Art nur unsere gewöhnliche ansteckende Skabies war, die anderen aber Absätze innerer Krankheitsstoffe auf die Haut. Es konnten auch beide Arten miteinander gemischt sein. Wir haben es heutzutage weit leichter, da viele der auf die Haut sich ableitenden konstitutionellen Leiden, wie Skorbut und Skrofulose und Hungertyphus, nicht mehr ätiologisch unerkannte Leiden sind wie vor 150 und mehr Jahren. Wir sprechen nicht mehr von skorbutischer und kaum noch von skrofulöser Konstitution, nicht mehr von endemischen Juckausschlägen, die in bestimmten Ländern, mit Katarrhen gemischt, auftreten, heilen, wenn man das Land verläßt und mit der Rückkehr von neuem ausbrechen. Wir brauchen auch nicht mehr anzunehmen, daß so beschaffene Länder, wie es früher z. B. von San Domingo hieß, die Ausbreitung der gewöhnlichen, wahren, ansteckenden Krätze erleichterten.

Sind wir, namentlich durch das Wirken HEBRAS, zu der Anschauung gelangt, daß die Konstitution weit weniger zu berücksichtigen sei als die Morphe der Hautkrankheiten selbst und daß namentlich mit dem Namen Skabies nichts anderes bezeichnet werden dürfe als die von der Krätzmilbe hervorgebrachte Krankheit mit typischen Symptomen, so sehen wir doch mit Ehrfurcht auf die weit universellere Auffassung alter Zeiten zurück, die den kranken Menschen insgesamt betrachtete, und bei der unsere moderne Spezialistenbildung keinen Platz gewinnen konnte. Unsere durch technisches Eindringen in die Organdiagnose so sehr vertiefte Kenntnis fehlte damals. Sie wurde ersetzt durch eine besonders tief schürfende Anamnese, welche vor allem die sechs nicht natürlichen Dinge: Luft, Speise und Trank, Bewegung und Ruhe, Wachen und Schlaf, Aus- und Absonderung, Leidenschaften berücksichtigte und weiterhin gründlichst auf die Leibesbeschaffenheit des Kranken, sein Alter, Geschlecht, Idiosynkrasie, epidemische Konstitution der Witterung, Arzneien, Verband und Lage des Kranken, seine früheren und jetzigen Krankheiten und seine Beschäftigung einging. Diese durch geringere Organkenntnisse verflachte, aber doch gewissermaßen weit großzügigere Auffassung der Krankheit, deren Symptome nicht als pathologisch-anatomische Einzelheiten, sondern aus der Allgemeinheit heraus betrachtet wurden, hatte eine ganz andere Therapie zur Folge als wir sie jetzt ausüben. Was der gute Arzt heute aus seiner Erfahrung und Intuition heraus leistet, war, wie man sieht, damals in viel strengere Regeln gefaßt.

Soweit wir aber mit unseren anatomischen Kenntnissen und unserer Fähigkeit, die pathologischen Veränderungen am lebenden Menschen zu erkennen, fortgeschritten sind, manche allgemeinen Verhältnisse sind für uns auch heute noch undeutbar, und wir beugen uns in unserem Wissen von den Tatsachen vor den doch in früheren Zeiten unleugbar ohne dieses Wissen erreichten Heilerfolgen, denn große und erfolgreiche praktische Ärzte hat es auch in jenen Zeiten stets gegeben. Wiederum ist es die Krätze, und nunmehr die von uns klar erkennbare einfache Milbenkrankheit, die in ihrer Epidemiologie uns Rätsel aufgibt.

Im Kriege und nach dem Kriege war die Krätze bei uns eine weit verbreitete Krankheit. Es ist für uns ja heute klar, daß sie nur durch

Digitized by Google

die Übertragung der Milben entstehen kann. Aber wenn wir Mangel an guter Seife und Armut und zusammengepferchtes Wohnen als Grund für ihre so unendliche Ausbreitung ansehen wollten, so war es uns schon damals unklar, weshalb bei Menschen, denen alle diese Mängel fern waren, doch weit häufiger Krätzeansteckungen vorkamen, als es ehedem geschah und als es jetzt wieder geschieht. Noch unklarer aber ist die Beobachtung, daß in den letzten Jahren Bevölkerungskreise krätzefrei geworden sind, bei denen noch kurz zuvor diese Krankheit so ganz allgemein vorhanden war, daß wir in der Berliner Prostituiertenstation die Ausdrücke geprägt hatten: „Krätze versteht sich von selbst, gehört zur Bekleidung, ist ein physiologischer Zustand". Die niedersten Prostituierten Berlins, welche von der Sittenpolizei in die Krankenstation eingeliefert wurden, dieselben Personen, die in schmutziger Umgebung leben und ebenso schmutzig sind wie bisher, waren auf einmal so frei von Krätze, daß es mir nur mit Mühe gelang, mir für eine wissenschaftliche Untersuchung im Laufe von Monaten etwa 1 Dutzend Milben zu verschaffen. Sollte hier doch noch ein unbekanntes Agens vorhanden sein, das neben der Milbe wirksam ist? Sollte hier ein sanktdominikanisches Miasma entstanden und wieder vergangen sein? Ich erinnere an den Widerspruch gegen die ätiologische Bedeutung der Krätzemilbe in der Akademie in Paris: an der Milbe zweifelte man nicht, aber die Krankheit sah man deswegen noch lange nicht als ätiologisch und pathologisch geklärt an. Jedoch der Perubalsam heilt die Krätze und alle mit ihr verbundenen Juckdiathesen.

Literatur

E. V. GULDENER VON LOBES, Beobachtungen über die Krätze, gesammelt in dem Arbeitshause zu Prag, 1791. — ALEXANDER ECKER, Preisfrage, welche Ursachen können eine geringe, durch scharfe oder stumpfe Werkzeuge verursachte Wunde gefährlich oder tödlich machen? Wien 1794.

Aus der Hautklinik in Jena

Ameisensäure bei Dermatosen

Von

B. SPIETHOFF

Zu den Versuchen mit Ameisensäure regte mich der Erfolg dieses Mittels bei einem eigenartigen Falle an, den ich im Jahre 1922 beobachtete. Der Symptomenkomplex bei der 68jährigen Frau setzte sich aus Blutwallungen, Schwellungen, zwischen deren Exazerbationen nur Remissionen, keine Intermissionen lagen, und an Stärke allmählich zunehmender grau-brauner Verfärbung zusammen und beschränkte sich ausschließlich auf das Gesicht. Die Frau war bis dahin im allgemeinen gesund, nur ausgesprochen rheumatisch veranlagt. Das Krankheitsbild war einzuordnen in die Gruppe der alimentären Schäden, die in dieser Zeit bekanntlich häufiger zur Beobachtung kamen. Nachdem meine Hilfsmittel, unter anderen auch Kalkeinspritzungen, keine Besserung herbeigeführt hatten, und da die Frau namentlich seelisch unter den Er-

Digitized by Google

scheinungen sehr litt, schied sie aus meiner Behandlung und unterzog sich einer Kur mit Ameisensäure, gab mir aber Gelegenheit, den Gang der Kur und den Einfluß auf die Erscheinungen zu verfolgen, den man als einen allmählich einsetzenden und sich voll auswirkenden Erfolg bezeichnen kann.

Neben den akuten und subakuten Fällen von Dermatosen interessierten mich vor allem die chronischen, bei denen ganz zweifelsohne der konstitutionelle Faktor der ausschlaggebende Umstand für die im Hautorgan sich abspielenden Vorgänge ist.

Der Erfolg der Ameisensäure, die eine Gewebsreiztherapie ist, hängt, wie der jeder Reiztherapie, von drei Bedingungen ab: 1. Es muß eine Affinität zwischen Gewebsveränderungen und dem Mittel bestehen. 2. Es muß aber auch gleichzeitig eine Affinität zu den konstitutionellen Eigenschaften des Gewebes vorliegen. 3. Es muß ein der besonderen (1) und allgemeinen (2) Affinität hinsichtlich der Reizgröße und Reizwiederholung adäquater Reiz gesetzt werden.

Die Unterlagen für die erste Bedingung werden verhältnismäßig leicht empirisch gefunden. Ob die zweite Bedingung vorliegt, offenbart sich aus dem Erfolg. Der ausbleibt, obwohl die erste Bedingung erfüllt ist, und auch den besonderen Umständen nach angenommen werden kann, daß im Verlaufe des Vortastens alle Möglichkeiten bezüglich der dritten Bedingung erschöpft sind. Die schwierigste Aufgabe ist die Erfüllung der dritten Bedingung. Hier gelten noch Grundsätze, die schon HAHNEMANN scharf herausgearbeitet hat und die ich dahin formuliert habe[1]):

Erstrebe die größte Wirkung mit der kleinsten Dosis.

Strebe die Heilung ohne Reaktion an.

Laß die Gabe auswirken, d. h. wiederhole nicht eher, als die Wirkung der vorausgegangenen Dosis nachläßt.

Steigere nicht ohne Grund die Dosis, d. h. bleibe bei derselben Dosis, solange diese Erfolg hat.

Setze bei der Wiederholung die Dosis herab, wenn eine wesentliche Herd- oder Allgemeinreaktion vorausgegangen ist, und wiederhole in diesem Falle die Gabe erst, wenn alle Zeichen der Reaktion ab- und die Heilwirkung ausgeklungen ist.

Die üblichen Einzeldosen bewegen sich in großen Grenzen. Daß KRULLsche Myrmekan entspricht nach den Angaben von REUTER etwa der 5. Potenz. KRULL gibt Einzeldosen zwischen 0,1—2,0 ccm. REUTER dosiert differenzierter, er verwendet die Ameisensäure in einer Stärke, die zwischen der 5. und 30. Potenz liegt und gibt in dieser Stärkelage 0,5—1 ccm. Da ich selbst nach wenigen $^1/_{10}$ ccm der 30. Potenz noch Reaktionen beobachtete, die über das gewünschte Maß hinausgingen, d. h. nicht flüchtiger Natur waren, sondern längere Zeit anhaltende Verschlimmerungen einleiteten, und nach den Grundregeln der Reiztherapie die Heilung möglichst reaktionslos angestrebt werden, und, wo dies nicht gelingt, die Folgen doch nicht den Charakter der vorübergehenden Reaktion verlieren sollen, gebe ich in manchen Fällen nur 0,1 ccm der

[1]) SPIETHOFF: Die parenterale Alkoholtherapie. M. m. W., 1927, 27.

Digitized by Google

60. Potenz. Auf diese Dose greife ich zurück, wenn z. B. schon nach 0,3 ccm der 60. Potenz Reaktionen einsetzen, die nicht ganz flüchtiger Natur sind. Solche hochempfindlichen Fälle trifft man besonders in der Gruppe des chronischen Ekzems und des Pruritus cum lichenificatione, also bei Personen, die neben den Hauterscheinungen noch oft andere Stigmata haben, deren Gesamtheit wie der Verlauf der Dermatose auf konstitutionelle Gebundenheit hinweisen. Liegen bei Dermatosen anderweitige Organ- oder Gewebserkrankungen vor, so muß bei der Dosierung natürlich auch auf sie Rücksicht genommen werden, d. h. es muß die Anfangsdosis niedriger und der Intervall größer bemessen werden, als der Dermatose selbst entspräche, wenn mit größerer Reaktionsbereitschaft der anderen krankhaften Veränderungen gerechnet werden muß. Als Beispiel nehme ich ein Individuum mit Lichen planus und starker rheumatischer oder gichtischer Konstitution an. Während ich bei einem Fall von Lichen planus ohne diese Disposition mit Acid. formic. D_{15} 1 ccm die Behandlung einleiten würde, wähle ich in dem Beispielsfalle die Dosis D_{60}, und während ich in einem unkomplizierten Falle den Intervall auf 8 Tage beschränke und bald auf stärkere Dosen übergehe, bin ich in dem Beispiel wegen der Reaktion der anderen Krankheitskomponente oder Komponenten oft gezwungen, den Intervall zu verlängern und auf die Steigerung der Dosis zunächst zu verzichten. Die Bedeutung der den konstitutionellen Gewebs- und Organeigenschaften adäquaten Reizgröße (die dritte der oben angeführten Bedingungen) erhellt daraus, daß derselbe Symptomenkomplex bei dem einen Individuum nur mit kleinen, beim anderen nur mit größeren Dosen erfolgreich angegangen werden kann.

Die bei den speziellen Indikationen angegebenen Dosen sollen nur eine gewisse Unterlage sein, in der Praxis werden oft genug Umstände vorliegen, die eine Änderung der Gabengröße und des Intervalls erheischen und auf die ich oben hingewiesen habe. Die Grundregeln der Reiztherapie sind nie aus dem Auge zu verlieren.

Urtikaria: Acid. formic. D_{15} 1 ccm. Nach 8 Tagen Wiederholung derselben Dosis. Im Maßstabe des Anhaltens der Besserung und unter Berücksichtigung etwaiger Reaktionen den Intervall wählen und wenn nötig, auf D_5 1 ccm und Myrmekan 1 ccm, das nach meinen Erfahrungen stärker ist als Acid. formic. D_5, übergehen.

Chronisches QUINCKEsches Ödem der Haut und der Gelenke und Oedema perst. faciei. Anfangsdosis D_{30} 1 ccm in 8—14tägigen Intervallen. Allmählich übergehen auf D_{15}, D_5 unter eventueller Ausdehnung der Pausen auf 4—6 Wochen.

Pemphigus vulgaris chronicus: Ameisensäure tritt neben die bewährten Mittel, wie defibriniertes Eigen- oder arteigenes Blut, Chinin, Optochin basicum, Salvarsan. Es soll nicht gegeben werden in fiebernden Fällen, da mit stärkeren Haut- und Allgemeinreaktionen in solchen Fällen gerechnet werden muß. Anfangsdosis D_{30} 0,5 ccm. Treten fieberhafte Reaktionen auch in solchen Fällen auf, die vorher nicht fieberten, ist die Weiterbehandlung mit Ameisensäure abzusetzen.

Dermatitis Duhring: Aussichten sehr günstig bei genügender Dauer der Behandlung. Beginn mit D_{30} 1 ccm, allmählich unter Vergrößerung des Intervalls übergehen auf D_6 und Myrmekan.

Psoriasis: Ohne wesentlichen Einfluß auf die Morphen; ob auf die Rezidive, noch nicht spruchreif. Lange Behandlung nötig.

Lichen planus[1]): Die Ameisensäure wendete ich bei dieser Dermatose zum

[1]) SPIETHOFF, Handbuch d. gesamten Therapie, herausgegeben von GULEKE, PENZOLDT, STITZING, 1927, 5. Bd., S. 387.

Digitized by Google

ersten Male in einem therapeutisch ganz verzweifelt liegenden Falle an. Es betraf eine Frau in den 40er Jahren, bei der während der Pubertät an der Haut und an der Mundschleimhaut zum ersten Male die Flechte auftrat, ohne daß sie seitdem jemals ganz frei gewesen ist. Die Schleimhauterscheinungen waren ganz besonders schwer ausgeprägt. Pat. leidet sehr unter Rheumatismus. Nachdem sehr viele Arsenkuren, auch die von ULLMANN empfohlene intravenöse Einfuhr, die Lumbalpunktion, die Behandlung mit Goldpräparaten, mit Röntgen, Kuren in Badeorten zur Behandlung des Rheumatismus die Dermatose nicht heilen konnten, versuchte ich es mit der Ameisensäure. Erste Gabe D_{60} 1 ccm, allmähliche Steigerung bis auf D_{15}, D_6 und Myrmekan. Der günstige Einfluß trat bald auf und wirkte sich allmählich bis zum Verschwinden aller Erscheinungen aus. Rückfälle seit 1 Jahre nicht aufgetreten. Nach diesem Erfolge wende ich die Ameisensäure bei Lichen planus als Mittel der Wahl an, weil ich ihre Wirkung für prompter als die des Arsens halte. Fehlen besondere Komplikationen, die bei der Dosis und dem Intervall berücksichtigt werden müssen, so beginne ich mit D_{15} 1 ccm, um in 8tägigen Intervallen schnell auf D_6 und Myrmekan 1,0—2,0 ccm überzugehen. Ist das Exanthem bis auf Reste verschwunden, so vergrößere ich den Zwischenraum.

Morbus Darier: Die Ameisensäure sehe ich als Bereicherung der uns sonst sehr spärlichen Möglichkeiten für die Beeinflussung des Morbus Darier an. Neben der Röntgenbestrahlung besonders gewucherter Partien habe ich und die Patienten selbst in den wenigen Fällen, die ich bisher mit Acid. formic. behandeln konnte, den Eindruck eines günstigen Einflusses. Behandlung muß längere Zeit fortgesetzt werden. Anfangsdosis D_{15} 1 ccm, nach 14 Tagen D_6, nach 3 Wochen dieselbe Dosis, nach 3 Wochen Myrmekan 1 ccm, eventuell 2 ccm in Abständen von 3—4 Wochen.

Chronisches konstitutionelles Ekzem und Pruritus cum lichenificatione Brocq: Diese beiden Symptomenkomplexe handle ich zusammen ab, weil sie in wesentlichen konstitutionellen Zügen große Beziehungen zueinander haben. Wir haben in ihnen Zustände vor uns, die zu hochempfindlichen Reaktionen neigen, überdies leicht in Verschlimmerungen übergehen. Wir treiben mit der Ameisensäure und anderen angepaßten Reizmitteln bei diesen Symptomenkomplexen bewußt Konstitutionstherapie, haben also nicht die manifesten Hauterscheinungen in erster Linie im Auge, sondern setzen uns das Ziel, die konstitutionell bedingte Reaktionsart zu ändern. Diesem Ziel kommt man in einem Falle näher als im anderen. Der Weg zum Ziele ist aber mühsam, erfordert sehr viel Geduld von seiten des Pat. wie des Arztes; die Behandlung erfordert neben dieser Umstimmungstherapie volles Ausnutzen der örtlichen Behandlung und strenges Innehalten eines dem Falle angepaßten alimentären und hygienischen Regimes. Der Pat. muß die Maßnahmen des Arztes verstehen, vom Willen zur Genesung beseelt sein und alle Opfer und Beschränkungen, die ihm vom Arzte auferlegt werden, willig tragen. Auf den Einwand, daß bei diesen Umständen der Teilfaktor in der Genesung, der auf das Umstimmungsmittel fallen soll, gar nicht festzustellen ist, ist zu antworten, daß der erfahrene Therapeut und der Pat. den Anteil sehr wohl fühlt. Das Problem, das hier gestellt ist, gehört zu den schwierigsten, aber auch zu den reizvollsten und unter Umständen dankbarsten Aufgaben in der ganzen Therapie. Neben der Ameisensäure steht uns nach meinen bisherigen Erfahrungen nur noch der Schwefel zur Verfügung, der in sehr hohen Verdünnungen angewendet werden muß und dessen Gebrauch sehr große Erfahrungen voraussetzt. Anfangsdosis D_{60} 0,3 ccm. Reaktionen beobachten. Wiederholung nach 8—14 Tagen, allmählich steigen auf 0,4 bis 1,0 ccm; dann übergehen auf D_{30} in Abständen von 1—2—4 Wochen und allmählich auf D_{15} in einschleichenden Dosen und in Intervallen von 2—4 Wochen.

Rezidivierendes multiformes Erythem: Anfangsdosis D_{60}, nach 8 Tagen D_{30}, nach 14 Tagen D_{15}, nach 4 Wochen D_{15}, wenn nötig übergehen auf D_6 und Myrmekan, jedesmal 1 ccm.

Tuberkulose und Tuberkulide der Haut: KRULL verwendet ein abgeschwächtes Ameisensäurepräparat, das unter dem Namen Pulmomyrmekan im Handel ist. Bei Drüsentuberkulose kann ein Versuch empfohlen werden.

Bei Erythema induratum Bazin, bei Lupus erythematodes beginne ich versuchsweise mit kleinsten Dosen, um Herdreaktionen nach Möglichkeit zu vermeiden, z. B. Acid. form. D_{60} 0,1 ccm. Tastweise in 14tägigen Intervallen weiter vorgehen, wenn Reaktionen nicht zu wesentlich größeren Pausen zwingen. Der

Digitized by Google

Erfolg bei Tuberkuliden ist wie bei allen anderen Reizmitteln ganz ungewiß; neben den anderen verdient es auch versuchsweise herangezogen zu werden.

Sekundäre, universelle, exfoliierende Erythrodermie mit Pigmentierung: Anfangsdosis D_{60} 0,1 ccm. Intervall 8 Tage. Nach je 3 Injektionen zu 0,1 ccm auf eine niedrigere Potenz übergehen, D_{30}, D_{15}, D_5. Nach 3 Injektionen D_5 0,1 ccm auf 0,2, 0,3—1,0 D_5 das Quantum erhöhen unter allmählicher Vergrößerung des Intervalls auf 2—8 Wochen.

Die bei Pat. mit Ekzem, Pruritus cum lichenif., Psoriasis, Lichen planus verhältnismäßig häufig anzutreffenden Erscheinungen von Rheumatismus (Muskel- u. Gelenkrheumatismus, schwerste Neuralgien), Gicht, Arth. def., Asthma sah ich unter der Behandlung mit Ameisensäure oft in ganz außerordentlich günstiger Weise beeinflußt. Die Neuralgien bei Herpes zoster geben eine Indikation für Acid. f.

Auch bei gonorrh. Gelenkerkrankungen kann die Ameisensäure Nutzen bringen.

Favus beim Kanarienvogel (Achorion passerinum)

Von

W. FISCHER

Mit 2 Abbildungen im Text

Gegenstand dieses kleinen Beitrags zur Festschrift meines verehrten Lehrers Prof. BUSCHKE ist eine Beobachtung über Tierfavus, über die ich bereits ganz kurz vor einigen Jahren in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft berichtet habe. Damals lagen nur die klinischen Befunde vor; die Kulturergebnisse seien jetzt etwas eingehender erörtert.

Das Material stammt von einer Patientin, die mich wegen eines herpetischen Herdes an einem Arm aufsuchte. Es handelte sich um einen etwa zehnpfennigstückgroßen, leicht entzündlichen, schuppenden, kreisrunden Herd mit stärkerer vesikulöser Reizung des Randes, der seit etwa 8 Tagen bemerkt worden war und sich allmählich vergrößert hatte; außer leichtem Juckgefühl bestanden keine subjektiven Empfindungen. In den Schuppen fanden sich kurze gewundene Myzelien. Unter einigen Jodpinselungen heilte die Affektion in einer Woche ab.

Als Infektionsquelle erwies sich ein im Haus gehaltener Kanarienvogel, der seit 2 Jahren an einem borkigen Ausschlag am Kopfe litt. Das 13 Jahre alte Tier zeigte klinisch einen typischen außerordentlich ausgebreiteten Favus. Der ganze Kopf war mit festanhaftenden, trockenen, zitronengelben Skutulabildungen bedeckt, die sich am Hinterkopf zu einem nach hinten umgebogenen Horn ausgewachsen hatten und den Hals kragenförmig umgaben. Von da war der Prozeß auf Brust und Rücken übergegangen und hatte sich auch auf die großen Flügel- und Schwanzfedern ausgebreitet. Die befallenen Partien, speziell der Kopf war völlig kahl; z. T. waren die Skutula mit kleinen trichterförmigen Einsenkungen versehen, in denen früher die Federn gesteckt hatten (vgl. Abb. 1). Auf den Schnabel war die Infektion nicht übergegangen, ebenso waren die Krallen freigeblieben, dagegen war die Haut der Beine infiziert. Trotz des langen Bestandes hatte ein destruktives Fortschreiten auf die der Haut anliegenden Knochen des Schädels, wie man dies gelegentlich bei favuskranken Mäusen sieht, nicht stattgefunden. Soweit am Rande der Herde noch Federn vorhanden waren, waren sie in der bekannten Weise (vgl. SABOURAUD, Les teignes, S. 562) infiziert; am unteren Ende des

Digitized by Google

Federkiels haftete eine bis 2 mm dicke Schuppenhülle mit massenhaften gewundenen Myzel- und Sporenansammlungen. Ein Hineinwachsen von Myzelien in die Hornsubstanz des Kiels selbst hatte aber, soweit darauf untersucht wurde, nicht stattgefunden. Wie die Infektion des Tieres erfolgt war, ließ sich nicht feststellen, am wahrscheinlichsten ist eine Übertragung mit dem Futter, da das Tier jahrelang im Hause gehalten war, ehe es erkrankte.

Wie meist bei solchem mit Saprophyten und anderen Bakterien verunreinigten Material gelang es verhältnismäßig schwierig, eine Reinkultur des Erregers zu bekommen. Am geeignetsten erwies sich schließlich Auskeimung kleinster Bröckelchen aus noch in der Haut steckenden Federkielen in feuchter Kammer und Übertragung auf feste Nährböden. Die Entwicklung des Pilzes ist eine sehr langsame (die abgebildete Kultur ist über 6 Wochen alt); zuerst bildet sich ein kleiner, etwas feuchter,

Abb. 1. Favuskranker Kanarienvogel

Abb. 2. Kultur von Achorion passerinum

favusähnlicher Knopf, der sich mit einem ganz zarten, weißen Flaum bedeckt, bei weiterem Wachstum treten radiäre und wurzelmäßige Faltelungen auf, die später, besonders in den mittleren Teilen der Kultur, zu Brüchen führen. Die Oberfläche bleibt rein weiß und zeigt stellenweise oberflächliche Risse. Eine Farbstoffbildung im Nährboden oder in einzelnen Teilen der Kultur tritt nicht auf. Auf zuckerhaltigen und reinen Peptonnährböden zeigen sich im äußeren Kulturbild keine besonderen Unterschiede.

Mikrokulturen im hängenden Tropfen ergeben Sprossungsbilder, die dem Typ des Achorion Schönleinii sehr ähnlich sind; in der Hauptsache Entwicklung gewundener septierter Myzelien mit Endverzweigungen und interkalären, seltener außenständigen gestielten Chlamydosporen; vollkommen fehlen Spindel- und kleine Endosporen.

Überimpfungsversuche auf weiße Mäuse schlugen sämtlich fehl, dagegen gelang eine Rückübertragung auf den Menschen, wo sich wieder

Digitized by Google

ein herpetischer Fleck entwickelte, der nach 8tägigem Bestand leicht zur Heilung gebracht werden konnte.

Nach den vorliegenden klinischen und kulturellen Befunden liegt ja zweifellos ein favöser Prozeß vor, und es handelt sich nur noch um die Frage, ob der von mir isolierte Erreger einer schon bekannten Art angehört oder als eine neue Form angesehen werden muß. In seinem makrokulturellen Verhalten steht er dem Achorion gallinarum nahe, das bekanntlich eine Zeitlang mit dem Trichophyton rosaceum identifiziert wurde, bis SABOURAUD bestimmte und prägnante Differenzen zwischen beiden feststellte. Beiden Pilzen ist eine mehr oder weniger ausgesprochene Rosafärbung der flaumigen Kultur und der umgebenden Teile des Nährbodens eigen (beim Tr. ros. besonders deutlich bei Kultivierung auf Bierwürze). Diese Färbung fehlt bei dem vorliegenden Pilz vollkommen, sein Wachstum ist noch langsamer, die Faltenbildungen und Brüche treten früher und viel ausgeprägter auf wie beim Ach. gallinarum. Im ganzen hat die Kultur mehr den Charakter des gewöhnlichen Favus, dem ja auch seine rudimentären Fruktifikationsbildungen entsprechen. In seinen klinischen Produkten erweist er sich als ein exquisiter Vertreter der Favusgruppe, indem er beim Tier überall, wo er sich festsetzt, ausgedehnte Skutulabildungen macht, während das Ach. gallinarum auf der Haut kranker Hühner herpetische Herde bildet, die zur Spontanheilung neigen. Erwähnt sei schließlich der Unterschied der Färbung der Skutula, die hier gelb waren, beim Ach. gallinarum aber von weißer Färbung sind.

Man muß daher wohl annehmen, daß es sich bei dem beschriebenen Pilz um eine neue Form der Favusgruppe handelt, die dem humanen Typ sehr nahe steht. Da er zum erstenmal bei einem Vertreter der Sperlingsvögel gefunden wurde, schlage ich den Namen „Achorion passerinum" vor.

Stirbt die Syphilis aus?

Von

MARTIN GUMPERT in Berlin

Als ich mich vor Jahresfrist bemühte, die auffallenden Frequenzveränderungen der Syphilis während der letzten Jahre auf Grund historischen Materials aufzuklären, begegnete meine Folgerung, daß epidemiologische Faktoren, zum Teil unbekannter Natur, Ursache der Schwankungen der venerischen Krankheiten sein müßten, heftiger Ablehnung. Die oft ausgesprochene Ansicht, daß die moderne Therapie in kurzer Zeit zur völligen Ausrottung der Syphilis führen könnte und müßte, wurde durch meine Annahme bedroht (VOIGT, LESSER), und andererseits glaubten die Verfechter einer rein sozialökonomischen Theorie (HAUSTEIN) andere Faktoren als sozialökonomische nicht anerkennen zu können. Was notwendigerweise für das Ulcus molle zugegeben werden mußte — dessen auffallende Schwankungen, auf die ich in dieser Zeitschrift schon früher hingewiesen hatte, aus dem großen von BUSCHKE und LANGER zusammengetragenen Material eindeutig hervorgehen und allgemein als „unerklärlich" bezeichnet werden —, das wurde bei der

Digitized by Google

Syphilis suggestiv als Erfolg der Therapie gedeutet, und es galt als phantastisch, sich mit dieser Erklärung nicht restlos zufrieden zu geben.

Meinem zugestandenermaßen nicht sehr befriedigenden statistischen Material, das mich nur durch die Fülle gleichlautender Beobachtungen zu meinen Vermutungen führte, kamen in der Folge neue Quellen zugute. Durch MATHIAS angeregt, fand ich bei zahlreichen Autoren seine Angaben bestätigt, daß auch schon 1520 und 1830 ein auffallendes Absinken der Syphilis beobachtet worden sei, und andererseits wurde — wenigstens teilweise — unsere Voraussicht eines erneuten Ansteigens der Syphilisfrequenz bestätigt. Nach BERNY ist die frische Syphilis im Hospital St. Louis (JEANSELME) von 190 Fällen 1924 auf 475 Fälle 1925 gestiegen (150% in einem Jahre!), was JEANSELME allerdings mit der Bevorzugung der Wismutbehandlung in Zusammenhang bringt. In Österreich (FINGER), Helsingfors (CEDERKREUTZ), Amsterdam (MENDES DA COSTA) hat sie gleichfalls seit 1925 zugenommen. Am deutlichsten aber sprechen die epidemiologischen Berichte des Völkerbundes vom Juni 1927 und März 1928, die sich zum erstenmal ausführlich mit der Syphilis befassen. Aus den Berichten des Völkerbundes und der genannten Autoren geht eindeutig hervor, daß der starke Abfall der Syphilis zum Stillstand gekommen, teilweise aber einer nicht unerheblichen Zunahme gewichen ist, damit ist bestätigt, was wir behauptet haben: daß die moderne Behandlung nicht in absehbarer Zeit die Syphilis ausrotten wird. Von den Ländern mit langjähriger straffer gesetzlicher Bekämpfung ist in Dänemark einem Anstieg von 67 auf 76 pro 100000 (1926) im Jahre 1927 wieder ein leichter Abstieg gefolgt, auf 63 pro 100000, auch Norwegen befindet sich auf einer sanft absteigenden Kurve (gegenüber dem stürmischen Rückgang der Jahre 1919—1923), dagegen ist in Schweden von 1925—1927 eine Zunahme der Syphilis von 13 auf 20 pro 100000 festzustellen. In den Vereinigten Staaten ist von 1922 bis 1925 die Syphilis von 164 auf 198 pro 100000 gestiegen, in der Stadt New York hat sie von 1925—1927 die enorme Steigerung von 50% erfahren (auch in London ist nach einem Bericht der D. m. W. 1927 das Jahr der höchsten Syphilisfrequenz seit 1923). Rußland erscheint übrigens zum erstenmal in der Statistik mit nahezu einer halben Million Syphilisfällen im Jahre 1926. Auch JADASSOHN, der im Anschluß an seine Syphilisenquête der Hoffnung Ausdruck gab, daß die moderne Therapie zu einer Austilgung der Syphilis in den Kulturländern führen werde, ist neuerdings skeptischer geworden; er stellt fest, daß die Syphilis teils wieder angestiegen sei, teils ihre Senkung nicht weiter fortsetze, und er anerkennt die Möglichkeit eines Genius epidemicus bei den venerischen Krankheiten.

Das Verhalten der Syphilis in den letzten Jahren bestätigt nur aufs neue das ALMQUISTsche Gesetz, „daß die Höhe der reaktiven, epidemiologischen Wellenbewegung um so größer sei, je höher der vorangehende Ausschlag war". Unter diesem Gesichtspunkt überrascht auch keineswegs das kürzlich von DORNEDDEN veröffentlichte vorläufige Ergebnis der Reichszählung der Geschlechtskrankheiten 1927. Der dort im Vergleich zu 1919 (dem Jahre allgemeiner Maximalfrequenz) festgestellte starke Rückgang der Syphilis ist — wie wir gezeigt haben — ein Vor-

Digitized by Google

gang, der in der Syphilisgeschichte bereits mehrfach beobachtet wurde. Die dogmenfreie Erforschung der Epidemiologie der venerischen Krankheiten sollte sich an die Sätze GOTTSTEINS halten: „der Ausgangspunkt einer jeden sozialhygienischen Betrachtung, lediglich ein Ausgangspunkt, nicht aber, wie von Fernerstehenden irrtümlich angenommen wird, ihr Inhalt, ist die Tatsache, daß eine Anzahl von Krankheiten je nach der wirtschaftlichen Lage verschieden verläuft und endet" und „daß man für das Erlöschen genau wie für das Entstehen von Seuchen Wellen verschiedener Ordnung wird gelten lassen müssen". Als derartige epidemiologische Impulse bezeichnet GOTTSTEIN jahreszeitliche Schwankungen, paratypische Vorgänge (Kriege usw.), kulturelle Vorgänge und Erschöpfung des Materials Empfänglicher. Alle diese Faktoren, das behaupten wir, machen sich auch bei den Frequenzschwankungen der Syphilis geltend. Die Syphilis ist keine Ausnahmekrankheit, sondern, gleich einer Anzahl anderer, eine zu chronischer Erkrankung führende Kontaktinfektion. Nur so betrachtet, wird es möglich sein, ihren epidemiologischen Charakter objektiv zu erforschen.

Literatur

BERNY, Études sur la fréquence du chancre mou, Paris, 1927. — BUSCHKE-GUMPERT-LANGER, M. m. W., 1927, Nr. 19. — BUSCHKE und GUMPERT, M. m. W., 1927, Nr. 29. — DORNEDDEN, Reichsgesundheitsblatt, 1928, Nr. 23. — GOTTSTEIN, Handbuch der sozialen Hygiene, Bd. 5. — GUMPERT, Derm. W., 1924, S. 852. — HAUSTEIN, Verhdl. d. Berliner Derm. Ges., 1928, S. 225. — JADASSOHN, Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1928, Nr. 6. — LESSER, Verhdl. d. Berliner Derm. Ges., 1928, S. 227. — VOIGT, M. m. W., 1927, Nr. 26. — Rapport épidémiolog. mens. de la Sect. d'Hyg. du Sécrét. de la Soc. des Nations, Juni 1927, März 1928.

Aus der Dermatologischen Abteilung am Krankenhaus Berlin-Britz
(Leitender Arzt: Dr. ERICH LANGER)

Zur Darstellung von Mißbildungen der Harnröhre[1])

Von

ERICH LANGER

Mit 1 Abbildung im Text

Durch den systematischen Ausbau der röntgenologischen Darstellung der Harnröhrenveränderungen, über die wir, wie auch andere Autoren, in den letzten Jahren mehrfach berichtet haben, sind wir bei einer Reihe von diagnostisch schwierigen Veränderungen leichter als bisher imstande, ohne Beschwerden für unsere Kranken und mit exakter Genauigkeit Lokalisation und Art der Erkrankung festzustellen und unsere therapeutischen Erfolge zu kontrollieren.

Ganz besonders hat sich dieses Verfahren, wie es auch von allen Nachprüfern bestätigt wurde, bei der Diagnose der multiplen Harnröhrenstriktur bewährt. Hier sind wir sehr leicht imstande festzustellen, wo eine Striktur lokalisiert ist, wie weit sie sich ausdehnt und ob hinter der ersten, manchmal für Sonden oder gar das Endoskop undurchgängigen Striktur noch andere liegen. Aber auch bei Harnröhrenverletzungen, sowohl frischen, wie auch älteren hat sich dieses Verfahren bewährt und hat überall dort, wo ein operativer Eingriff notwendig erscheint, dem Chirurgen eine klare Über-

[1]) Erweitert als Vortrag auf der 90. Naturforscher-Versammlung in Hamburg gehalten.

Digitized by Google

sicht über sein Operationsgebiet gegeben. Darüber hinaus hat uns der weitere Ausbau der Methodik ermöglicht. in vielen Fällen von nicht zur Heilung kommender Gonorrhoe Krankheitsherde in Gestalt von Abszessen in den Adnexen der Harnröhre aufzudecken. Auf diese Weise ist es uns gelungen, in manchem unklaren Krankheitsfall schnell die notwendige Klarheit zu bekommen, so daß wir selbst jetzt in jedem Falle, in dem unter der üblichen Behandlung und bei genauster Ausnutzung aller sonstigen Methoden eine gonorrhoische Erkrankung nicht zur Abheilung kommt, eine röntgenologische Untersuchung vornehmen.

Auch der im nachfolgenden zu beschreibende Fall einer anscheinend einfachen Gonorrhoe der vorderen Harnröhre bot uns lange Zeit therapeutische Schwierigkeiten, obwohl alle Untersuchungsmethoden immer nur darauf hinwiesen, daß es sich anscheinend um eine einfache Erkrankung der vorderen Harnröhre handelte. Erst das Röntgenbild gab uns eine unerwartete Aufklärung, die um so wertvoller war, als es uns auf diese

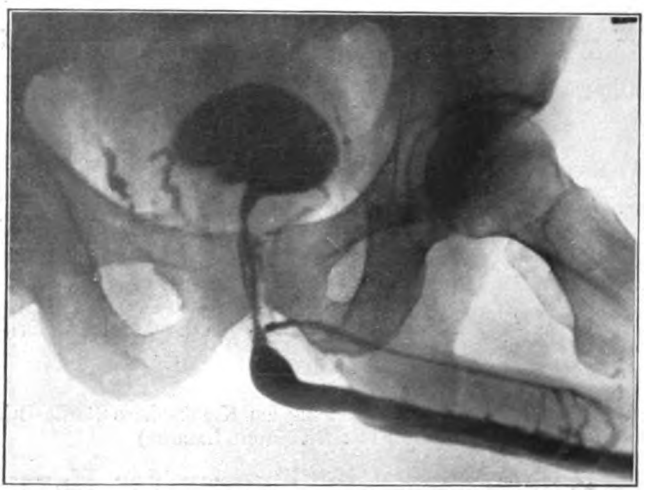


Abb. 1

Weise gelungen war, die Röntgenuntersuchung zum ersten Male für ein bisher nur dem Anatomen in der richtigen Erkennung zugängliches Gebiet nutzbar zu machen. Das mittels 20 %igem Jodipin, das wir bei allen unseren Aufnahmen benutzten, hergestellte Röntgenbild ergab dreierlei: 1. Neben der ganz normalen Urethra findet sich an der Unterseite derselben fast die ganze Pars cavernosa begleitend ein verhältnismäßig breiter paraurethraler Gang. 2. Oberhalb der Urethra sieht man vom Orifizium bis zur Pars bulbosa ziehend und in diese dicht unterhalb des M. sphincter ext. einmündend eine sich gut mit der Kontrastflüssigkeit füllende Nebenharnröhre, die an der Spitze deltaartig mit mehreren Armen in die eigentliche Urethra mündet. 3. Der hintere Teil der Harnröhre ist in die Länge gezogen und läßt einmal unregelmäßige, rund angeordnete Füllungen in der Gegend der Prostata erkennen, weiterhin aber auch eine vollständige Füllung der Samenwege mit dem Jodipin. Auf diesen letzten Befund möchte ich an dieser Stelle nicht näher eingehen; es handelt sich um ein Bild, wie es bisher erst einmal von Bauer veröffentlicht wurde. Es

Digitized by Google

läßt dieser Befund trotz des bei den anderen Untersuchungsmethoden negativen Ergebnisses auf eine Mitbeteiligung der Adnexe schließen, bei denen durch eine Verziehung der Mündungen und ihr Klaffen infolge infiltrativer oder narbiger Veränderungen es möglich war, daß das unter Druck injizierte Kontrastmittel in die Adnexe hineingelangen und sie ausfüllen konnte.

Interessant dagegen war in erster Linie die Darstellung der doppelten Urethra. Und zwar gelang auch hier nur eine vollkommene röntgenologische Wiedergabe, wenn unter Druck injiziert wurde und während der Injektion die Aufnahme gemacht wurde. Wurde dagegen erst nach Beendigung der Injektion die Aufnahme gemacht, so sah man nur noch Reste des Kontrastmittels, das in die vordere Harnröhre abfloß. Es ist auf diese Weise zum ersten Male gelungen, die anatomisch so gut erforschte Doppelharnröhre auch am Lebenden exakt zur Darstellung zu bringen und die anatomischen Befunde zu bestätigen. Auch in unserem Falle handelt es sich um eine Doppelurethra, die dem Patienten bisher keine Beschwerden gemacht hat, da sie innerhalb des Gebietes der vorderen Harnröhre gelegen ist und nur von dieser aus gefüllt werden konnte, während bekanntlich die viel selteneren Doppelurethren, deren eines Ende frei in die Blase mündet, bei dem damit Behafteten oft schwere Störungen infolge des Fehlens eines Sphinkterschlusses hervorrufen können. Nach SCHNEIDER, der die Harnröhrenmißbildungen in dem Handbuch für Urologie zusammengestellt hat, verläuft der Kanal der Nebenurethra, die fast immer, wie auch bei uns, viel enger ist als die Haupturethra, meist subkutan im Penis gelegen, manchmal tiefer zwischen den Schwellkörpern gelagert. In den meisten Fällen konnte eine blinde Endigung im Penisschaft ungefähr bei der Vereinigung der Schwellkörperschenkel oder weiter blasenwärts im Trigonum urogenitale gefunden werden, wie es ebenso auch in einer ausführlichen anatomischen Arbeit von CHAUVIN dargestellt wurde. Nur in wenigen Einzelfällen wurde eine Vereinigung mit der normalen Urethra beobachtet (BARADULIN, TURSTEN), wie wir ihn hier ebenfalls haben darstellen können. Es handelt sich bei diesen Doppelurethren um angeborene Mißbildungen, die R. MEYER für mesenchymale Abschnürungen von der Kloakenwand ansieht. Je nach der Ausdehnung der Abschnürung kommt es dabei zu rudimentären oder, wie in unserem Falle, zu vollkommenen Doppelharnröhren.

Es erscheint danach selbstverständlich, daß in einem Falle wie dem vorliegenden sich besondere therapeutische Schwierigkeiten ergeben haben, die abgesehen von der röntgenologisch erwiesenen Mitbeteiligung der Adnexe in der Miterkrankung der Doppelurethra lagen. Durch häufige Druckspülung gelang es uns jedesmal bei der Behandlung auch die Nebenharnröhre zu füllen und zu spülen, was man auch an dem auf die Nebenurethra aufgelegten Finger kontrollieren konnte.

Fernerhin ergibt sich aber auch gerade aus dieser Aufnahme die außerordentliche Wichtigkeit, von den Harnwegen ein Bild nicht nur nach beendeter Füllung mit dem Kontrastmittel anzufertigen, sondern gerade die Aufnahme während der Injektion läßt erkennen, daß man für die Diagnose der Harnwege auf diese Weise viel zuverlässigere Bilder erhält, besonders auch von der Pars posterior, deren exakte Darstellung uns bei

Digitized by Google

dem bisherigen Verfahren nicht möglich war, und daß es erlaubt ist, aus der Form und Ausdehnung der hinteren Harnröhre auch gewisse Schlüsse auf die Veränderungen der Prostata zu ziehen, ganz abgesehen von Abszeß- und Ganzfüllungen in der Prostata selbst.

Es hat sich uns auch in diesem Falle das Röntgenverfahren als den anderen Methoden überlegen erwiesen und uns die Möglichkeit gegeben, im Bilde Veränderungen festzuhalten, deren Erkenntnis wir bisher, wie auch bei vielen anderen pathologischen Krankheitsbildern der Urethra, lediglich dem Anatomen verdankten.

Literatur

Bauer, Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 50. — Chauvin, J. d'Urol., 1927, Bd. 23. — Langer, Zschr. f. urol. Chir., 1927, Nr. 21. — Schneider. Handb. f. Urol.

Syphilis und Unfall

Von

Dr. med. Max Michael in Berlin-Neukölln

Der gewaltige Aufschwung der Syphilidologie im Anschluß an die klassischen Entdeckungen zu Beginn des Jahrhunderts haben auch die Beziehungen zwischen Syphilis und Unfall aus dem Bereich mehr oder minder berechtigter Vermutungen auf die sichere Basis exakter Kenntnisse der beiderseitigen Zusammenhänge gestellt. Im folgenden sollen diese Zusammenhänge einer kurzen kritischen Betrachtung unterzogen werden, unter Berücksichtigung der in der Unfallliteratur zerstreut niedergelegten Mitteilungen einerseits, unserer modernen syphilidologischen Kenntnisse andererseits.

Unfall und Primäraffekt

Unter den Primäraffekten kommen naturgemäß nur die extragenitalen als Unfallfolgen in Frage. Zu ihnen gehört als bekannteste die Glasbläsersyphilis: seit den ersten Publikationen von Fournier, Eysel, Bernachi sind diese Fälle, in denen die Haftung der Versicherungsträger der Sozialversicherung der meisten Kulturländer außer Diskussion steht, seltener geworden, jedoch sind in den letzten Jahren von Grütz und Jacoby mehrere einschlägige gewerbliche Endemien beobachtet worden. Besonders die von Grütz beschriebene Endemie holsteinischer Landarbeiter verdient nach mehrfacher Richtung großes Interesse. Die Infektion erfolgte durch Benutzung gemeinsamen Eß- und Trinkgeschirrs, die bei den meisten einen Primäraffekt an der Tonsille hervorrief. Es ist fraglich, ob nach dem Stand der französischen und italienischen Unfallgesetzgebung solche Fälle als entschädigungspflichtig behandelt würden. Für die deutsche Gesetzgebung steht die Haftung der Berufsgenossenschaften außer Frage. Nach der heutigen Praxis der Sozialversicherung steht es ferner in Deutschland fest, daß auch sekundäre Infektionen von Verletzungen entschädigungspflichtig sind, sofern der Betreffende nachweisen kann, daß ursprünglich die Verletzung bei

Digitized by Google

der Arbeit erfolgt ist und unter den Begriff des Arbeitsunfalles fällt. Über einen solchen damals freilich abgewiesenen Anspruch berichtet bereits die lang zurückliegende Arbeit von STOLPER: Es handelte sich um einen Arbeiter, der sich bei der Arbeit eine Fingerverletzung zugezogen haben wollte, die sich nachher in einen Primäraffekt umwandelte. Er behauptete, daß er die Wunde sekundär durch Manipulationen in einer Animierkneipe infiziert habe. Einen ähnlichen Fall berichtet LENZMANN: Ein Husar fällt vom Pferde, zieht sich eine Stirnwunde zu, die nicht heilen will und schließlich durch Spirochätennachweis und Lymphdrüsenschwellung als Primäraffekt erkannt wird. Die zuständigen militärischen Behörden lehnten die Ersatzansprüche ab mit Rücksicht auf den Infektionsmodus, da die Infektion durch Küssen der Wunde durch eine Prostituierte erfolgt war und der Antragsteller zu einer sachgemäßen Behandlung der Wunde verpflichtet war. In der Privatversicherung dürften in gleichen Fällen ähnliche Gesichtspunkte mit Recht geltend gemacht werden. Dagegen haftet die Privatversicherung in allen Fällen beruflicher Infektionen von Ärzten und sonstigem Heilpersonal, sofern diese die Infektionsklausel in die Versicherung einschließen. Die Frage nach der sekundären Infektion schon vorhandener Wunden muß auch bei den Klagen gegen Ärzte oder Zahnärzte in Betracht gezogen werden, die beschuldigt werden, bei der Vornahme eines Eingriffes einen Patienten infiziert zu haben.

Was die Höhe der zu gewährenden Entschädigung betrifft, so kann dem Urteil von KAUFMANN darüber keineswegs beigepflichtet werden. KAUFMANN hält außer den Kosten für ärztliche Behandlung und Kontrolle eine 20—50%ige Rente für 2 Jahre für angemessen zur Deckung des Lohnausfalles. Ganz ausnahmsweise mag bei Glasbläsern oder ähnlichen Berufen, in denen die Lues mit rezidivierenden Papeln oder Plaques im Munde verlaufen sollte, eine solche Höhe der Rente berechtigt sein, generell dürfte sie ganz wesentlich zu hoch gegriffen sein. Man kann annehmen, daß ein extragenitaler Primäraffekt nach sechswöchiger Salvarsanbehandlung klinisch abgeheilt ist, und wenn auch vielleicht die Serumreaktion dann noch positiv ist, wenn man auch annehmen darf, daß in der Tiefe der Narbe, auch sonst im Körper Spirochäten vorhanden sind, dürfte eine so lange Erwerbsunfähigkeit nicht in Frage kommen.

Eine besondere Rolle dürfte die schwierige Frage einer Bewertung einer beruflichen Infektion bei der Frage einer Ausdehnung der obligatorischen Unfallversicherung auf das Heilpersonal, einschließlich der Ärzte, usw. stellen. Aus der sorgfältigen Monographie von TRÜB geht die relative Häufigkeit solch bedauerlicher Ereignisse hervor, wobei der Nachweis der Eintrittspforte unter Umständen mit Schwierigkeiten verknüpft ist. Es ist dabei aber zu bedenken, daß sowohl Blut, Serum sowie Leichenteile sehr wohl gelegentlich die Quelle von Übertragung sein kann. Bei verborgener Eintrittspforte muß dennoch zumindest ein als Unfallereignis zu deutende, im Beruf stattgefundene intime Berührung mit infektiösem Material wahrscheinlich gemacht werden können sowie zeitliche Übereinstimmung mit den bekannten Inkubationsfristen. Der Nachweis einer stattgefundenen Verletzung dagegen ist durchaus kein

Digitized by Google

unbedingtes Erfordernis, da das Anspritzen oder Anhusten mit infektionsfähigem Material (z. B. Einspritzen von Fruchtwasser in das Auge des Arztes bei Leitung einer Geburt) zur Haftung einer Infektion genügen kann, welchem Umstand die besondere Versicherungsklausel des Verbandes der Versicherungsgesellschaften vollauf Rechnung trägt.

Sekundäre und tertiäre Lues

Für die sekundäre Lues ist der Eintritt eines Unfalles insofern praktisch von keiner großen Bedeutung, als der Unfall zwar die Lokalisation von Exanthemen beeinflussen kann, ebenso auch vielleicht einen Ausbruch beschleunigen kann. Eine wesentliche Verschlimmerung ist dagegen während des sekundären Stadiums durch Unfälle nicht zu erwarten. Dieses Bild verschiebt sich aber um so mehr, je länger die Infektion zurückliegt und je mehr die Lues latent wird. Im Latenzstadium kann gelegentlich ein Unfallereignis

1. eine Lues wieder manifest machen,
2. durch Entstehung von Gummen an der Stelle der mechanischen Gewaltseinwirkung einen weit über die Norm verzögerten Heilungsverlauf bedingen,
3. durch Auslösung luetischer Gelenk- und Knochenerkrankungen zu schwersten funktionellen Störungen führen.

Die Unfallliteratur ist reich an Beispielen, daß analog zu anderen Infektionskrankheiten selbst bei 20—30jährigem Fehlen luetischer Symptome im Anschluß an einen Unfall Gummen auftreten, ja diese können gelegentlich überhaupt erst eine völlig verborgene Lues aufdecken. Für die Anerkennung eines Zusammenhangs mit einem Unfall wird in diesen Fällen eine lokale Einwirkung des Unfallereignisses auf die vom Gumma befallene Region ebenso unerläßlich sein, wie ein gewisser zeitlicher Zwischenraum zwischen Unfallereignis und Auftreten der Gummen sowie eine gewisse Erheblichkeit des Unfallereignisses selbst, nach welcher Richtung freilich keine zu strengen Forderungen erhoben werden sollten. Bei den Knochenerkrankungen dürfte unter Umständen die Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhangs mit einem Unfall ganz besonders schwierig sein, da die dem Laien unbekannten syphilitischen Spontanfrakturen von den Patienten mit Vorliebe als die Folgen eines Falles dargestellt werden, während der Fall häufig genug die Folge der bereits vorhandenen Knochenerkrankung ist. Sowohl von den in der älteren Unfallliteratur als auch in der jüngeren (seit Einführung der WR) niedergelegten Fällen darf ein Teil ausgeschlossen werden, da der von den Gutachtern angenommene Zusammenhang mehr oder minder ausschließlich auf einem post hoc ergo propter hoc beruht und nicht einmal in allen Fällen Brückensymptome vorhanden gewesen sind. Als Beispiel eines zu bejahenden Zusammenhangs mag der kürzlich von MEIROWSKY mitgeteilte Fall gelten, bei dem im Anschluß an eine Schulterkontusion sich bei einer älteren Frau ein Gumma entwickelte, die lediglich 25 Jahre vorher einen Abort aufzuweisen hatte, im übrigen niemals an irgend welchen luetischen Beschwerden gelitten hatte. Gerade von erfahrenen Syphilidologen wird mit Recht aber immer wieder die Vielgestaltigkeit und Unberechenbarkeit der Lues betont, und sowohl von deutscher Seite

Digitized by Google

wie neuerdings von französischer Seite, insbesondere von C. L. SIMON und THIBIERGE, wird auf die Seltenheit von diesbezüglichen Kriegsbeobachtungen hingewiesen. Eine sorgfältige Berücksichtigung aller für und gegen die Frage eines Zusammenhangs sprechenden Momente ist daher in jedem Einzelfall notwendig. Auch darf der Unterschied zwischen Sozial- und Privatversicherung niemals übersehen werden, für welch letztere lediglich die Bestimmungen des Gesellschaftsvertrags maßgebend sind. Nach einem Urteil des Reichsgerichts ist die Auslösung luetischer Prozesse durch einen Unfall lediglich als mittelbare Folge des Unfalles zu betrachten und nicht entschädigungspflichtig, während die Sozialversicherung eine solche Unterscheidung nicht kennt und demgemäß die Berufsgenossenschaft in solchen Fällen entschädigungspflichtig ist.

Lues cerebri

Aus zahlreichen Untersuchungen wissen wir, daß die Spirochäten jahrzehntelang im Bindegewebe, in der Arterienwand, im Zentralnervensystem, in der Haut (z. B. an Stellen früherer Papeln und Narben) beherbergt werden können, ohne zu irgend welchen klinischen Erscheinungen Anlaß zu geben. Diese Tatsache ist naturgemäß nicht nur von großer Bedeutung für den Zusammenhang zwischen tertiären Erscheinungen und Unfällen, sondern auch mit den Erscheinungsformen der Lues cerebri. Ein Zusammenhang zwischen Unfall und Lues cerebri im Sinne der Auslösung kann nur dann als erwiesen angesehen werden, wenn in kurz vorhergegangener Untersuchung keine darauf hindeutenden Symptome nachgewiesen wurden. Für die meisten derartigen Fälle ist daher praktisch viel eher eine Verschlimmerung durch den Unfall wahrscheinlich als eine Auslösung, z. B. in den von STOLPER mitgeteilten Fällen. Wie ungemein schwierig die Deutung derartiger Fälle ist, lehrt der von SCHWARZ mitgeteilte Fall eines zweifellosen Schädelbasisbruchs, verursacht durch einen Unfall; wie die sorgfältige Anamnese nachträglich ergab, hatten heftige Kopfschmerzen und Schwindelanfälle schon vor dem Fall bestanden, ja dieser war durch einen Schwindelanfall zustande gekommen. Im ganzen dürfte daher dem vorsichtigen Urteil NONNES, des besten Kenners der Syphilis des Nervensystems, beizustimmen sein, der auch den Kopftraumen keine besondere Rolle für die Auslösung von Hirnlues zugestehen will, am ehesten für die gummöse Form.

Metaluetische Erkrankungen

Schon die Begriffsbildung der Metalues zeigt den Umschwung resp. die ätiologische Klärung der Krankheitsbilder der Tabes und Paralyse. Die ungebührliche Hervorhebung des Traumas als Erklärungsmoment hat noch lange nachgewirkt, nachdem der Streit längst zugunsten der Lues entschieden war. Daß man die Bedeutung von Traumen für die Auslösung tabischer oder paralytischer Krankheitsbilder praktisch keineswegs überschätzen darf, haben mit aller Deutlichkeit die Erfahrungen des Weltkriegs gelehrt. Mit einer seltenen Einstimmigkeit haben deutsche (NONNE, GOLDSTEIN, WEYGANDT, REICHARDT, STOBBE und BOAS), österreichische (PILCZ), französische (THIBIERGE), amerikanische (KLAU-

Digitized by Google

DER) Autoren mitgeteilt, daß unter den zahllosen Hirn- oder Rückenmarksverletzungen mit positivem Wassermann der Ausbruch von Tabes und Paralyse keineswegs häufiger war als bei nichtverletzten Luetikern. Man darf darum annehmen, daß, wenn selbst mit schweren Hirnerschütterungen einhergehende Verletzungen, wie Hirnschüsse, in der Mehrzahl der Fälle beim Luetiker eine Paralyse nicht auszulösen vermögen, die so häufig angeschuldigten Witterungseinflüsse usw. noch viel weniger dazu ausreichen. Einige Autoren, wie REICHARDT und MAYER, lehnen daher den Zusammenhang zwischen Unfall und metaluetischen Erkrankungen überhaupt ab. Mit HORN, KAUFMANN, WEYGANDT und NONNE, KRÄPELIN sowie in Übereinstimmung mit zahlreichen anderen Autoren und einigen Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes muß man zumindest vom Antragsteller den Nachweis einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit eines solchen Zusammenhangs fordern. Eine solche Wahrscheinlichkeit für die Auslösung resp. Verschlimmerung tabischer oder paralytischer Symptome kann nur dann zugestanden werden, wenn der Unfall zu einer wirklich erheblichen Gewalteinwirkung auf die Wirbelsäule resp. den Schädel geführt hat und die zunehmenden Krankheitsanzeichen sich im Verlauf weniger Wochen resp. unter Brückensymptomen im Verlauf einiger Monate nach dem Unfallereignis eingestellt haben. Da das Leiden an sich in latenter Form in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vorausgesetzt werden kann, scheiden für die Privatversicherungen diejenigen Fälle aus, in denen der Unfall infolge des bestehenden Leidens eingetreten ist, was für eine große Anzahl von ihnen zutreffen dürfte. Alles in allem haben also für die Beurteilung der metaluetischen Erkrankungen dieselben Gesichtspunkte zu gelten wie für die latente Lues überhaupt, und wir dürfen annehmen, daß in all diesen Fällen gelegentlich einmal im Gewebe deponierte Spirochätenherde, besonders solche der Gefäßwände oder ihrer Scheiden, durch die Wirkung eines Unfalles zu neuer Aktivität angefacht werden können. Eine genaue Abwägung aller für oder gegen eine solche Annahme sprechenden Momente ist in jedem Einzelfall um so nötiger, als bereits frühere Krankheitssymptome in den meisten Fällen geflissentlich oder aus Mangel an Selbstbeobachtung verschwiegen werden dürften. In besonderem Maße gilt dies auch bei Invaliditätsansprüchen, bei deren Bewertung beachtet werden muß, daß nur der zur Metalues wirklich Disponierte ihr zum Opfer fallen kann.

Literatur

FOURNIER, Les chancres extragénitaux, Paris 1897. — EYSEL, W., Extragenitale Syphilisinfektion bei Glasbläsern. Inaug.-Diss. 1896. — GRÜTZ, D. m. W., 1923, S. 782. — BERNACHI, Mschr. f. Unfallhlk., 1910, S. 372. — JAKOBY, F., M. m. W., 1925, Nr. 15. — STOLPER, Zbl. f. Chir., 1902, Bd. 65, S. 117. — LENZMANN, Fortschr. d. Medizin, Bd. 39, 1921, S. 329 und S. 388. — KAUFFMANN, Handbuch d. Unfallhlk., 2. Auflage. — TRÜB, PAUL, Die Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte, Leipzig 1921. — MEIROWSKY, Zbl. f. d. ges. H. u. G., Bd. 16, S. 371. — SIMON, CL., ref. Zbl. f. d. ges. H. u. G., 1921, Bd. 27, S. 462. — THIBIERGE, G., Gaz. des hôp. civ. et. mil., 1925, Jahrg. 98, S. 69. — SCHWARZ, Mschr. f. Unfallhlk., 1909, Nr. 5. — NONNE, Syphilis des Nervensystems, 4. Auflage, 1923. — GOLDSTEIN, Zschr. f. Psych., Bd. 12, S. 452. — WEYGANDT, Die Geisteskrankheiten im Kriege (Bergmann, Wiesbaden). — W. REICHARDT, Lehrb.

Digitized by Google

d. Unfallbegutachtung (W. Fischer, Jena). — STOBBE, Inaugur.-Diss., Jena 1920. — BOAS, Arch. f. Psych., Bd. 63. — BOAS, Die Tabes dorsales der Kriegsteilnehmer, 1919. — PILCZ, W. kl. W., 1916, Nr. 25. — KLAUDER, J. Am. m. Ass., Bd. 78, S. 1029—1037. — MEYER, Arch. f. Psych., 1917, Bd. 51. — HORN, Lehrbuch d. Unfall- und Invalidenbegutachtung, 2. Auflage, 1921 (Springer). — KRÄPELIN, Nachrichten d. Reichsversicherungsamtes, 1913, S. 614, Bd. 27.

Aus der Universitäts-Hautklinik Hamburg (Direktor: Prof. Dr. P. MULZER)

Beitrag zur Kenntnis der Lymphadenosis cutis circumscripta und Prurigo lymphatica bei aleukämischem bzw. subleukämischem Blutbefunde

Von

P. MULZER und E. KEINING

Mit 3 Abbildungen im Text

Bei dem gegenwärtigen hoch entwickelten Stande der Blutdiagnostik und unserer umfassenden Kenntnis über die Klinik der Blutkrankheiten ist es im allgemeinen möglich, bereits am Krankenbett selbst komplizierter liegende Fälle von lymphatischer Hyperplasie nach längerer oder kürzerer Beobachtungszeit ihrem Wesen nach richtig zu erkennen. Die Ausmerzung des alten Begriffes Pseudoleukämie im Sinne von COHNHEIM vornehmlich aus pathologisch-anatomischen Gründen und die Aufspaltung dieses Symptomenkomplexes in Lymphozytome (RIBBERT) und Granulome (KUNDRAT, BENDA) ist auch klinisch bekanntlich meistens erreichbar. Ebenso gelingt die Trennung zwischen aleukämischer Lymphadenose (echte Pseudoleukämie PINKUS) und Lymphosarkomatose (KUNDRAT) in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bereits am Krankenbett. Trotzdem läßt sich nicht leugnen, daß mancher Fall von lymphatischer Hyperplasie erst auf dem Sektionstisch seine definitive Klärung erfährt.

In solchen hämatologisch und allgemein klinisch unklaren Fällen kann den heterotopen lymphatischen Infiltraten besonders an der Haut, so oft sie zur Beobachtung gelangen, größte diagnostische Bedeutung zukommen, namentlich wenn hämatologisches Bild, klinischer Gesamtverlauf, klinischer und histologischer Hautbefund sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Aus diesem Grunde ist es überaus wertvoll, daß den lymphozytomatösen und den lymphogranulomatösen Hautinfiltraten von seiten der Dermatologen seit Jahren lebhafteste Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Ohne hier auf Einzelheiten einzugehen, sei betont, daß speziell zwischen den lymphadenotischen und lymphogranulomatösen Hautinfiltraten, wie sich immer eindeutiger herausgestellt hat, im Hinblick auf Prädilektionsorte, Tumorgröße, morphologische Eigentümlichkeiten, Ulzerationstendenz usw., wenn auch nicht regelmäßig, so doch häufig so große Unterschiede bestehen, daß sie im Rahmen des Gesamtbildes mit gutem Erfolge bei der Diagnosenstellung voll ausgenutzt werden können.

So wäre z. B. in dem von ARNDT in der Berl. derm. Ges., Sitzg. v. 12. XII. 1922, demonstrierten Falle von Lymphadenose eines Ohrläppchens bei aleukämischem Blutbefunde (5500 Leukozyten mit 40% Lymphozyten)

Digitized by Google

die Diagnose in so frühem Stadium auf Grund der hämatologischen Verhältnisse allein sicherlich lange schwankend geblieben, ja unmöglich gewesen, hätte nicht das histologische Bild des heterotopen Infiltrates eindeutig für Lymphadenose entschieden. Ob es berechtigt ist, in solchen und ähnlichen Fällen von zweifellos sehr initialer Lymphadenose eine Entwicklung des Krankheitsprozesses primär von der Haut aus zu vermuten, woran mehrere Autoren gedacht haben und in diesem Sinne sprechende Beispiele anführen, oder ob es sich nur um die erste klinische wahrnehmbare Manifestation einer vorher verborgenen lymphatischen Systemerkrankung handelt, muß entsprechend unserer ätiologischen Unkenntnis über die Leukämien recht zweifelhaft erscheinen. Meistens treten lymphadenotische Infiltrationen der Haut zu beliebiger Zeit im ferneren Verlauf der Systemerkrankung auf; nicht selten bedeuten sie, besonders bei aleukämischem Blutbefunde, den ersten Schlüssel zu einem sich seit langem versteckt entwickelnden Leiden. Bei einer unserer Patientinnen mit ganz ungewöhnlicher Lymphadenosis cutis circumscripta fere generalisata[1]) begann die spezifische Infiltration der Haut erst, nachdem die Diagnose einer hochgradigen lymphatischen Leukämie bereits monatelang hämatologisch sichergestellt war. In einem neuerdings von uns beobachteten Falle, den wir hier mitteilen wollen, ging den spezifischen Infiltrationen jahrelang eine Prurigo lymphatica voraus, deren toxische Genese auf Basis der Grundkrankheit ja immer noch die größte Wahrscheinlichkeit besitzt.

R. P., 54jähr. verheirateter Beamter a. D. Aufnahme in der Hautklinik am 12. VI. 1928 unter Nr. 4905. Demonstriert am 12. VI. von Keining im Ärztlichen Verein in Hamburg.

Anamnese: Die älteren Daten der Vorgeschichte sind für die Beurteilung des Falles belanglos. Tuberkulose und Luesanamnese negativ.

Seit etwa 15 Jahren leidet Pat. besonders nachts an allgemeinem, im Laufe der Jahre an Intensität bedeutend zunehmendem Hautjucken. Vornehmlich am Stamm, Oberschenkeln und Oberarmen bildeten sich linsengroße Knötchen, die lebhaft jucken und zerkratzt werden. Bereits vor 8 Jahren beginnende leichte Anschwellung der Inguinaldrüsen, besonders rechts. Vor 5 Jahren entstand an der linken Schläfe vor dem Ohr eine kleine Geschwulst, die vom Pat. gequetscht und beim Rasieren wiederholt verletzt wurde, aber sich immer wieder überhäutete und allmählich vergrößerte. In der Folgezeit kamen neue, zunächst kleine, flach erhabene, jedoch langsam wachsende Knoten hinzu, so an beiden hinteren Kieferrändern, an beiden Ohrläppchen, an der rechten Schläfe und in beiden Parotisgegenden. Einige wurden exzidiert, bildeten sich jedoch an gleicher Stelle bald wieder. Seit 4 Jahren entstanden auch Knoten an den seitlichen Nackenpartien hinter den Ohren. Besonders in den letzten 2 Jahren fiel dem Pat. die zunehmende Anschwellung der Leisten-, Kubital- und Nackendrüsen auf. Auch die Hauttumoren nahmen ständig an Größe zu, jedoch konstatierte der Pat. in beschränktem Umfange ein periodisches An- und Abschwellen. Zeitweilig sind die Tumoren praller, dann wieder schlaffer. Nach Kompression in der Hand erscheinen sie vorübergehend kleiner und weicher. Gelegentlich kam es in dem einen oder anderen Knoten zu Eiterungen und geringfügigen Einschmelzungen, stets schlossen sich jedoch nach wenigen Tagen die Tumoren wieder und wuchsen langsam erneut heran. Schließlich erreichten sie die gegenwärtige exzessive Größe. Fieberperioden und Schweißausbrüche sind dem Pat. nicht erinnerlich. Das Wohlbefinden war im allgemeinen gut. Auch das Körpergewicht hat nur geringe Einbuße erlitten. In letzter Zeit traten ferner rezidivierend an Händen und Füßen Blasenbildungen auf. Da dem Pat. der quälende Juckreiz und das fortgesetzte Wachsen der Tumoren immer mehr Anlaß zur Sorge war, suchte er die chirurgische Poliklinik auf, von wo er unverzüglich zur Hautklinik überwiesen wurde.

[1]) Wird andernorts publiziert.

Digitized by Google

Status: Mittelgroßer Mann in ausreichendem Ernährungs- und Kräftezustand.

Man sieht zu beiden Seiten des Kopfes, an beiden Schläfen, an den seitlichen Wangenpartien, in beiden Reg. mastoideae und auf den seitlichen Nackenpartien ziemlich symmetrisch angeordnet mächtige Tumoren, die das Gesicht bartartig umrahmen. Die mittleren Gesichtspartien, behaarter Kopf und Nackenmitte sind frei von Hautinfiltraten. Die Tumoren sind überall scharf begrenzt und wölben sich besonders an den Schläfen und am Nacken wie halbierte Tomaten vor. Vergleichbar sind sie diesen auch durch Größe und seichte Einkerbungen. Entweder sind die Tumoren durch tiefe enge Furchen voneinander getrennt, oder sie fließen durch Tumorwülste ineinander über. Die Tumoren an den seitlichen Wangenpartien lassen sich am besten mit dicken höckrigen Kartoffelknollen vergleichen. Durch ihr beträchtliches Gewicht hängen sie förmlich an den Wangen und erzeugen im Gesicht, selbst an den tumorfreien Wangenteilen, tiefe markante Furchenbildungen. Auch die Ohrläppchen sind beiderseits tumorartig infiltriert, sie fließen durch S-förmig geschlungene rundliche Wülste in die mächtigen Wangentumoren kontinuierlich hinüber. Die beiderseits in der Reg. masteoidae liegenden Tumoren imponieren als große Spindeln oder Schoten, sie liegen im Verlauf des Sternokleido und schmiegen sich den Wangentumoren, von diesen durch tiefe Furchen getrennt, an. Überall steigen die Tumoren an den freien Rändern in rechtem Winkel aus dem normalen Hautniveau auf, wobei die Winkelspitze seicht abgerundet ist. Die über die Tumoren hinwegziehende Haut ist deutlich atrophisch und durchscheinend, sie ist glatter, teilweise auch spiegelnd. Der Übergang der normalen Gesichtshaut erfolgt jedoch nicht an der Basis der Tumoren in scharfer Grenzlinie, vielmehr tritt die Änderung ganz allmählich ein, und etwa erst auf halber Höhe der Tumoren wird die Atrophie ausgesprochen deutlich und definitiv. Das Barthaar fehlt auf den Tumoren selbst völlig, ist aber in deren unmittelbarer Umgebung unverändert erhalten. Überall sieht man noch die trichterförmigen, haarlosen, apfelsinenschalenähnlichen Einziehungen der Haarfollikel. Hin und wieder erspäht man den Rest eines dilatierten Talgdrüsenausführungsganges, vollgestopft mit trocknen Talgkonkrementen. An mehreren Stellen besitzt die atrophische Haut kleine Fältelungen oder Runzelungen. Durch die Epidermis hindurch sieht man überall feinere und gröbere, vielfältig geschlungene arterielle und venöse Gefäße schimmern, die auf der eigentlichen Tumormasse gewissermaßen schwimmen. Ferner sieht man überall die nach Darier für die vorliegende Hautveränderung so besonders charakteristischen grauweißlichen, stecknadelspitz- bis höchstens stecknadelkopfgroßen, entfernt an Milien erinnernden, streng distinkten Stippchen. Der Farbton der Tumoren ist gelblich-bräunlichrot, unter Glasdruck mehr gelblichgrau, bei glasiger Konsistenz. Die Härte weist gewisse Unterschiede auf, indessen ist den Tumoren gemeinsam eine eigentümliche, an weiches Gummi oder an Brustdrüse erinnernde Konsistenz, also elastisch-teigig, knetbar, derbweich. Die auf der Unterlage auffallend gut verschieblichen Geschwülste sind partiell leicht eindrückbar, besonders die Wangentumoren breiten sich durch ihr Gewicht auf der sie aufhebenden flachen Hand wie ein gefüllter Beutel aus. Sie sind weder spontan noch auf Druck schmerzhaft.

Abb. 1. Lymphadenosis cutis circumscripta, Prurigo lymphatica. Drüsentumoren. Übersichtsaufnahme

Auch die Haut des ganzen übrigen Körpers weist erhebliche Veränderungen auf. Am geringsten sind sie im Gesicht und am behaarten Kopf. Die Haut ist im ganzen

Digitized by Google

extrem trocken, verdickt, besitzt überall vergröberte Hautfelderung und vertiefte Hautfurchen, wodurch eine chagrinlederartige Beschaffenheit zustande kommt. Diese Veränderungen besonders an Armen und Beinen, aber auch an Brust und Rücken, nur angedeutet im Gesicht und am behaarten Kopf. Am ganzen Körper entschieden an Neurodermitis erinnernde Aufrauhungen der obersten Hornlagen, teilweise auch kleinlamellöse Abschilferung und Absplitterung schmutzig-grauweißer Hornschichten. Der Farbton der Haut ist entsprechend dem regionär wechselnden Grad der Veränderungen mehr minder diffus gelblichgraubraun. Eingesprengt in die so beschaffenen Hautveränderungen sieht man unscharf begrenzte, zumeist reichlich linsengroße, derbe, flacherhabene Papeln, deren Farbton durch Untermischung eines etwas lebhafteren Rot von der Umgebung deutlich abweicht. Diese Effloreszenzen sieht man in symmetrischer Anordnung besonders zahlreich am Rücken und Gesäß, ferner an Brust, Bauch, Ober-

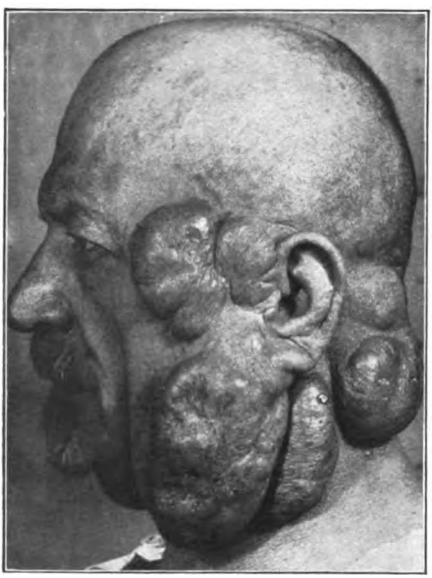


Abb. 2. Lymphadenosis cutis circumscripta. Seitenansicht

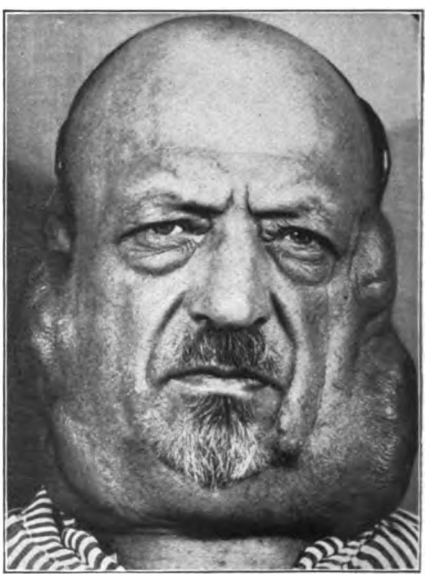


Abb. 3. Lymphadenosis cutis circumscripta. Frontalansicht. Mächtige Anschwellung der Hauttumoren nach Infektion der Exzisionswunde

schenkeln, Oberarmen und Schultern, in geringerer Zahl auch an den Unterarmen und Unterschenkeln. Zum großen Teil sind diese papulösen Effloreszenzen zerkratzt und mit Börkchen bedeckt.

Schließlich sieht man an den Hohlhänden und Fußsohlen, an Fingern und Zehen, hier besonders an deren Seiten und Kuppen, reiskorn- bis bohnengroße, mit serösem Inhalt prall gefüllte Blasen, die teilweise miteinander konfluiert sind. An Hand- und Fußrücken keine Blasen, Juckreiz fehlt. Diese Veränderungen sind von einer Dyshidrosis nicht zu unterscheiden. Die Blaseneruptionen haben sich in letzter Zeit zeitweilig wiederholt, sie traten plötzlich auf, um sich im Verlauf von 8—10 Tagen wieder zu involvieren.

Allgemeinuntersuchung.

Im Lippenrot zahlreiche freie Talgdrüsen. Schleimhäute blaß, anämisch.

Mundschleimhaut und Rachenring o. B.

Augenhintergrund o. B.

Lungen und Herz: klinisch und röntgenologisch o. B. R. R. 118/80 mm Hg. Das Mediastinum ist röntgenologisch frei von Tumorschatten.

Leber: deutlich vergrößert, die Grenzen sind auf Abb. 1 eingezeichnet.

Digitized by Google

Milz: unter dem Rippenbogen leicht palpabel, perkutorisch 17 : 20 cm großer Tumor (eingezeichnet auf Abb. 1).

Sonst Abdominalorgane o. B.

Würmer: negativ.

Nervensystem o. B.

Genitale o. B.

Urin: Sacch. negativ. Alb. —; Diazoreaktion —; WR —; Pirquet —.

Gewicht: 83 kg.

Drüsen: Axillar- und Paramamillar-, Submaxillar- und Supravikulardrüsen mäßig, aber sehr deutlich vergrößert. Submental- und Nackendrüsen walnußgroß. Inguinal- und Schenkeldrüsen hühnereigroß. Kubitaldrüsen beiderseits gänseeigroß.

Sämtliche Drüsen sind gegen die Haut und Unterlage leicht verschieblich und nirgends miteinander verbacken. Die Konsistenz ist ziemlich weich.

Blutbilder am:

Datum	Gesamt-leuk.	Eos.	N. Stab.	N. Leuk.	Lymph.	Übergangsf.	R. Bl. in Mill.	Hglb.	Aniso-zytose
13. VI.	32000	40	2	12	41	5	3.2	60%	+
23. VI.	25100	42	4	14	34	6	3.8	58%	+
28. VI.	21600	38	2	14	44	2	4,46	67%	+
26. VII.	25200	26	3	14	56	1	4,18	63%	+

Unter den Lymphozyten zahlreiche Reizformen. Das letzte Blutbild 5 Tage nach Röntgenbestrahlung einiger Hauttumoren.

Exzidiert wurde ein walnußgroßes Stück eines Hauttumors am Nacken mit reichlicher normaler Haut, ferner eine bohnengroße Nackendrüse und ein überlinsengroßes Prurigoknötchen an der Brust rechts oben (Naht auf Abb. 1 sichtbar). Die Exzisionswunde der Nackendrüse und des Hauttumors vereiterte leider, es trat hohes Fieber ein, begleitet von einer mächtigen Anschwellung sämtlicher Hauttumoren und regionären Drüsen (vgl. Abb. 3). Nach Entfernung der Nähte klang die starke Reaktion prompt ab, der infizierte Hauttumor zerfiel nicht durch die Wundinfektion, vielmehr klang die lokale und Allgemeinreaktion prompt ab. Die Wunde heilte dann p. sec. unter Hinterlassung einer feinen Narbe im Tumor.

Die in Formalin fixierten, in Paraffin eingebetteten Schnitte wurden gefärbt mit Hämatoxylin-Eosin, polychromem Methylenblau nach UNNA-PAPPENHEIM, WEIGERT, VAN GIESON, ZIEHL-NEELSEN und GRAM.

Histologisches Bild des Hauttumors:

Epidermis verdünnt, Reteleisten abgeflacht, jedoch nicht ganz verstrichen. In den Basalzellen reichlich körniges Pigment. Über dem eigentlichen Tumor, an der Epidermis entlangziehend, schmaler Streifen normalen Kollagens. In diesem Lumina von erweiterten Blut- und Lymphgefäßen. Im Tumor selbst fehlen völlig Haare, Talg- und Schweißdrüsen. Die Haartrichter sind jedoch deutlich bis tief in die Pars reticularis corii erhalten, daneben sieht man gelegentlich einen zusammengedrückten Talgdrüsenrest. In den Haartrichtern Hornkonkremente; die verödeten Haarfollikel werden von dichten Infiltratmassen unmittelbar eingehüllt. Das bis tief in die Subkutis reichende Infiltrat wird durch schmälere und breitere verquollene bindegewebige Septen in scharfbegrenzte Infiltratnester abgeteilt, die vollgepfropft sind mit Zellen; an der Peripherie jedoch unschärfere Grenzen der umschriebenen Infiltrate. In den Infiltratherden selbst sieht man nur vereinzelte Bindegewebsfasern, die Elastika ist in den bindegewebigen Septen erhalten, in den Infiltraten selbst jedoch völlig zerstört. Die Infiltratzellen bestehen fast ausschließlich aus nacktkernigen oder mit schmalem Protoplasmasaum versehenen typischen chromatinreichen kleinen Lymphozyten, welche innerhalb eines feinen Retikulums liegen oder an den Retikulummaschen entlang aufgereiht sind. Mitosen fehlen. Ganz vereinzelte größere Zellen mit gebuchtetem, schwächer tingiblem Kern, dieser nur ganz ausnahmsweise in Teilungen begriffen. Fibroblasten fehlen im Zentrum der Infiltrate ganz, nur an den Rändern der Infiltrathaufen sind sie etwas reichlicher vertreten. Mastzellen sehr spärlich, Plasmazellen fehlen. Namentlich in den oberen Partien innerhalb und außerhalb der Infiltrate reichlich extrazelluläre Pigmentkörnchenhaufen. Riesenzellen fehlen. Keine Nekrosen. Säurefeste Stäbchen nicht nachweisbar.

Digitized by Google

Histologisches Bild der exzidierten Drüse:

Keimzentren sind nicht vorhanden. Statt dessen sieht man fast ausschließlich kleine Lymphozyten eingebettet in ein feines Retikulum.

Histologisches Bild des exzidierten Prurigoknötchens:

Epidermis: Akanthose: hin und wieder ein parakeratotisches Schüppchen, dem Stratum corneum aufliegend. Im Korium sind die Haarbälge, Talg- und Schweißdrüsen überall erhalten. Teils diese einhüllend, teils perivaskulär liegend: unscharf begrenzte herdförmige Infiltrate, welche das Gewebe der Kutis teilweise auseinanderdrängen, teilweise auch in ihm verstreut liegen; nirgends reicht das Infiltrat bis in die Subkutis. Schon auf den ersten Blick liefert es ein vielgestaltiges Zellbild. Zunächst einmal sieht man zahlreiche, nacktkernige chromatinreiche, typische, kleine Lymphozyten, die jedoch nicht in einem Retikulum liegen. Die Infiltrate werden durchzogen von zahlreichen Fibroblasten mit spindelförmigen Kernen. Ferner sieht man Zellen mit chromatinärmeren Kernen und intensiv gefärbtem Protoplasma. Wechselnde Mengen von Eosinophilen, Plasma- und Mastzellen, auch vereinzelte gelapptkernige Leukozyten. Besonders auffällig im histologischen Bild sind zahlreiche Kapillarsprossen. Vielfach sind deren Endothelien verquollen, so daß in Protoplasma liegende, intensiv tingierte Kernhaufen entstehen, die an Riesenzellen erinnern, jedoch sieht man an einigen Stellen deutlich einen feinen Kapillarspalt. Auch in den Infiltraten selbst ist Elastin, wenn auch nicht sehr reichlich, nachweisbar. Schließlich sieht man im Korium überall extrazelluläre Pigmentkörnchenhaufen und auch pigmentführende Chromatophoren.

Klinisch ist der mitgeteilte Fall bemerkenswert, weil wir eine histologisch-spezifisch gebaute und auch klinisch als solche leicht diagnostizierbare Lymphadenosis cutis circumscripta mit einer histologisch unspezifischen Prurigo lymphatica vergesellschaftet sehen. Auf den für Lymphadenose uncharakteristischen Bau des Prurigoknötchens sei um so eindringlicher hingewiesen, als namentlich in neuerer Zeit sich wiederholt Angaben in der Literatur finden, welche die histologischen Veränderungen der Prurigo lymphatica als charakteristisch für Lymphadenose deuten möchten. Gegen diese Ansicht spricht die Polymorphie des Koriuminfiltrates und dessen histologischer Aufbau. Durch die Lagerung fast ausschließlich kleiner Lymphozyten in einem feinen Retikulum und durch den Mangel an Mitosen hat das Infiltrat der Lymphadenose ein ungemein charakteristisches Gepräge. Die riesenzellenähnlichen Bildungen, die wir ziemlich willkürlich in den Infiltraten liegend auffinden konnten, möchten wir um so mehr als verquollene Kapillarsprossen ansprechen, als in einigen ein feiner Kapillarspalt deutlich erkennbar war (sog. verpuffte Kapillarsprossen).

Beachtenswert ist die ausschließliche Lokalisation der Tumoren an den seitlichen Gesichtspartien, Ohrläppchen, Reg. mastoidea und seitlichen Nackenpartien und das Freibleiben des mittleren Gesichts und behaarten Kopfes. Der für viele Fälle von Lymphadenose geläufige Anblick der Facies leontina ist nicht vorhanden. Die Tumoren selbst besitzen typisches Aussehen und sind vornehmlich in Drüsengegenden lokalisiert. Sie sind aber nirgends mit den darunterliegenden Drüsen verbacken, vielmehr sind die Drüsenpakete überall deutlich abgegrenzt und gegenüber den Hautinfiltraten verschieblich. Die leukämischen Infiltrationen fallen durch ihre enorme Größe auf. Infolgedessen mußte auch an Lymphosarkomatose gedacht werden. Obgleich die histologischen Bilder des Lymphosarkoms im allgemeinen durch größere Zellen und reichliche Mitosen, die ja der Lymphadenose praktisch völlig fehlen, ausgezeichnet sind, darf doch nicht außer acht gelassen werden, daß es rein histologisch betrachtet zweifel-

Digitized by Google

los Grenzfälle gibt, die eine sichere Unterscheidung nicht zulassen. In solchen Situationen muß die Klinik entscheiden. Im konkreten Falle ließ der sich über Jahre erstreckende langsame Verlauf, das Ausbleiben einer Kachexie, das Fehlen der häufig bei Lymphosarkomatose beobachteten Lymphopenie und des Übergreifens der Geschwülste auf die Muskulatur, vor allen Dingen aber auch der Umstand, daß es sich hier offensichtlich um eine ausgesprochene Systemerkrankung handelt, eine Lymphosarkomatose mit Sicherheit ausschließen.

Andererseits mußte wegen der hochgradigen Eosinophilie an eine Lymphogranulomatose gedacht werden. Ganz abgesehen davon, daß sie histologisch mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, sprach gegen Lymphogranulomatose: die vorhandene Lymphozytose, unter den Lymphozyten zahlreiche Reizformen, die fehlende Leukozytose, die sehr langsame Entwicklung des Krankheitsprozesses, das Fehlen von Fieberattacken und Schweißausbrüchen, das röntgenologische Freibleiben des Mediastinalraumes, der negative Ausfall der Diazoreaktion und das klinische Bild einer ausgesprochenen Systemerkrankung. Schließlich sei daran erinnert, daß die Hauttumoren bei Sternberg-Paltaufscher Krankheit mit Vorliebe am Stamm sitzen, meist klein bleiben, häufig ulzerieren (Ulcus lymphogranulomatosum Arzt). Beiläufig sei auch darauf hingewiesen, daß nach den bisherigen Erfahrungen nur ein Achtel der Fälle von Sternberg-Paltaufscher Krankheit mit Hautinfiltraten nach den Zusammenstellungen von Wirz einen nachweisbaren Milztumor erkennen ließ. Der enorm chronische Verlauf spricht in unserem Falle für sich allein schon erheblich gegen Lymphogranulomatose und entschieden für aleukämische bzw. subleukämische Lymphadenose. Um die Möglichkeit auszuschließen, daß es sich bei den Eosinophilen im Blut vielleicht um eine Ausschwemmung von Gewebseosinophilen handelt, wurden der Sicherheit halber auch Präparate aus strömendem Blut angefertigt, ohne daß sich jedoch im Differentialbild irgend etwas änderte. Die Annahme, daß Gewebseosinophile in das strömende Blut übertreten können, wird heute bekanntlich von den meisten Autoren abgelehnt. Da auch sonst keine Ursache für die erhebliche Eosinophilie aufzudecken war (Würmer, allergische Krankheiten usw.), möchten wir sie in genetischen Zusammenhang mit dem universellen Hautprozeß bringen. Das von uns wiederholt kontrollierte Blutbild dürfte jedoch für Lymphadenose recht ungewöhnlich und besonders bemerkenswert sein. Theoretisch läßt sich die Möglichkeit in Erwägung ziehen, daß die Eosinophilie, so oft sie bei Lymphogranulomatose vorkommt, die Folge eines gleichzeitig bestehenden pruriginösen Exanthems ist. Es dürfte sich lohnen, der Frage eines Parallelismus von Eosinophilie und universellen Hautveränderungen bei Sternberg-Paltaufscher Krankheit nachzugehen. Natürlich ist dies nicht die einzige Möglichkeit für die Deutung der Genese der Eosinophilie.

Ob die Blaseneruptionen an Händen und Füßen toxisch durch die Lymphadenose bedingt sind oder ob man sie einfacher als rezidivierende Dyshidrosis auffassen soll, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Für die Beurteilung des mitgeteilten Falles ist diese Entscheidung auch nur von ungeordneter Bedeutung.

Digitized by Google

Aus der Städt. Beratungs- und Behandlungsstelle für Geschlechtskranke in Berlin-Lichtenberg (Leitender Arzt: Dr. Bruno Peiser)

Haarregeneration und Thallium

Von

Bruno Peiser

Die Kenntnis von den Beziehungen des Thalliums zum Haarkleid geht zurück auf die Feststellung französischer und italienischer Autoren (Combenale, Giovannini, Huchard, Vassaux und Jeanselme), daß nach Darreichung geringer Mengen des essigsauren Salzes beim Menschen ausgedehnter Haarausfall an verschiedenen Körperstellen mit richtigen alopezischen Herden auf dem Kopfe auftrat. Es handelte sich damals um unangenehme Nebenerscheinungen des Mittels, das wegen seiner antihidrotischen Eigenschaften gegen Nachtschweiße bei Phthisikern zu geben versucht wurde, bald aber neben seinen sonstigen toxischen Nebenwirkungen wegen seines Einflusses auf das Haarkleid verlassen worden ist. Diese besondere Eigenart des Thalliums gab Buschke im Jahre 1900 Veranlassung, experimentell an Tieren — Mäusen, Ratten, Meerschweinchen, Affen, Kaninchen — die Wirkung des Thalliums auf das Haarkleid zu studieren, und es gelang ihm, durch geeignete Versuchsanordnung teils lokale, teils universelle Alopezie zu erzeugen, und zwar in der Hauptsache durch Verfütterung, unregelmäßiger durch Injektion und lokale Applikation auf die Haut. In unseren späteren gemeinsamen jahrelangen Versuchen, die wir zumeist mit Ratten angestellt haben, konnten wir den Wirkungsmechanismus des Thalliums näher erforschen und auf Grund unserer experimentellen Ergebnisse dahingehend deuten, daß wir es in dem Thallium mit einem Mittel zu tun haben, dessen Einfluß sich hauptsächlich auf das endokrin-vegetative System erstreckt, mit dessen Störung all die durch Thallium hervorgerufenen Veränderungen zu erklären waren.

Es ergab sich daraus, daß der Weg, über den die Thalliumalopezie zustande kommt, über das endokrin-vegetative System gehe, eine Tatsache, die auch darin noch eine Stütze fand, daß in gleicher Weise auch bei der Alopecia areata des Menschen diesem System eine große Bedeutung beigemessen wird. Diese Ansicht von der endokrin-sympathischen Genese der Thalliumalopezie ist bereits von vielen anderen Forschern anerkannt worden, und auch die in letzter Zeit immer mehr aufkommende Epilationsbehandlung mittels Thallium bei pilzkranken Kindern, die sich auf die experimentellen Erfahrungen gründet und in Deutschland zuerst von Buschke gemeinsam mit Langer aufgenommen worden ist, nachdem bereits aus Mexiko und Italien (Cicero, Peter, Fiocco, Felugo) über günstige Erfahrung berichtet worden war, läßt in ihrem Verlauf eine gewisse Systemwirkung erkennen, die vor allem auf funktionelle Veränderungen im sympathischen Nervensystem hindeutet.

Digitized by Google

Wir hatten immer darauf hingewiesen, daß es nur vorübergehende funktionelle Störungen leichterer Natur in diesem übergeordneten System sein können, die den Haarausfall verursachen, und daß, im Gegensatz zur Ansicht einiger anderer Autoren, Veränderungen organischer Natur nicht vorliegen können und von uns auch nicht gefunden worden sind, da wir sonst nicht eine derartig schnelle und vollkommene Regeneration nach Absetzen der Behandlung erleben würden. Diese Tatsache der enorm prompten Haarerneuerung hatte manche Autoren sogar dazu geführt, das Mittel als Epilatorium bei Pilzerkrankungen zu diskreditieren, da die Zeit bis zum Wiederwachsen der Haare zu kurz wäre, um die Krankheit bis dahin zu heilen; andererseits gibt sie uns im Gegensatz zur Röntgenalopezie die sichere Gewähr, daß das Haar wieder voll und ganz ersetzt wird. Es wird sogar berichtet, daß die Thalliumalopezie von einem besonders dichten und schönen Haarkleide gefolgt ist, was auch wir bei unseren Tieren, falls sie nicht toxisch zu schwer geschädigt waren, sehr häufig beobachten konnten.

Wir sehen also, daß durch die Thalliumalopezie die Haarregeneration nicht nur nicht behindert wird, sondern daß ein schnelles und teilweise sogar verbessertes Haarwachstum einsetzt, was gegen eine Schädigung der Haarpapille selbst spricht, sondern dafür, daß durch zentrale Störung (Sympathikus) eine Unterdrückung ihrer Tätigkeit eintritt, die, sobald das schädigende Agens beseitigt ist, in verstärktem Maße sich geltend macht, und es scheint gewissermaßen die vorübergehende Ruhigstellung und Erholung der Haarpapille eine besondere Kräftigung und Leistungsfähigkeit derselben zu bedingen.

Klinisch haben diese Feststellungen bereits dazu geführt, in Fällen von Alopezie das Thallium als Therapeutikum zu verwenden, um zu erreichen, daß nach eingetretener Thalliumalopezie die Haare auch an den vorher alopezischen Herden wieder wachsen. BUSCHKE hat über zwei derartige Fälle berichtet, wo bei zwei Kindern mit hartnäckiger Alopecia areata nach Thalliumepilation es auch zur Neubildung von Haaren auf einzelnen alopezischen Herden gekommen war. Auch DAVIES versuchte die Thalliumbehandlung für die Alopecia areata nutzbar zu machen, und es scheint auch in der Tat in seinen Fällen danach in den alopezischen Bezirken ein gutes Haarwachstum eingetreten zu sein. Ein Versuch einer gleichen Behandlung bei einer Röntgenalopezie mußte naturgemäß ein negatives Resultat ergeben. Von DAVIES wird hervorgehoben, daß Patienten mit Alopecia areata besonders empfindlich gegen Thallium sind und schon bei geringeren Dosen toxische Erscheinungen zeigen. Möglicherweise wäre letztere Tatsache dahingehend zu deuten, daß beide Krankheitsbilder, sowohl die Thalliumalopezie als auch die Alopecia areata, auf die gleichen ursächlichen Bedingungen zurückzuführen sind. Ebenso wirft DEVANE die Frage auf, warum nicht das Thallium wegen seiner haarregenerierenden Wirkung bei Alopezie versucht würde. Hier wäre auch noch zu erwähnen, daß BUSCHKE bei Monilethrix durch Thalliumepilation vorübergehend normales Haarwachstum erzielen konnte.

Weitere Untersuchungen in dieser Richtung, die sich auf die Tatsache der besonders starken Regenerationsfähigkeit des Haares nach

Digitized by Google

Thalliumalopezie aufbauen, sind notwendig, um die Frage zu klären, ob es wirklich möglich ist, in manchen Fällen von Alopezie auf diesem Wege eine Besserung zu erzielen und so die therapeutische Verwendung des Thalliums auch in dieser seiner eigentlichen Wirkung entgegengesetzten zu erweitern. Inwieweit das Thallium durch seine spezifisch endokrin-vegetative Einstellung auch sonst noch besondere therapeutische Eigenschaften, abgesehen von der bereits erwähnten antihidrotischen Wirkung, in sich birgt, läßt sich vorläufig noch nicht überschen. Einzelne Versuche, die an der BUSCHKEschen Klinik bei verschiedenen Erkrankungen (Karzinom, Gelenkerkrankungen u. a.) angestellt und auch veröffentlicht worden sind, lassen irgend welche therapeutischen Folgerungen noch nicht zu.

Über die chronische Cowperitis gonorrhoica

Von

ERNST SKLARZ

Mit dem Fortschritt der Technik der Untersuchungsmethoden hat man auch in der letzten Zeit der Entzündung der Glandulae bulbourethrales, der COWPERschen Drüsen, ein größeres Maß an Aufmerksamkeit zugewendet, als ihnen früher gewidmet war. Und in der Tat ist ihre Bedeutung bei chronischen gonorrhoischen Prozessen nicht zu unterschätzen; in akuten Fällen tritt die Cowperitis entweder nicht für sich besonders oder aber so deutlich in Erscheinung, daß sie dem aufmerksamen Beobachter nicht entgeht.

Bezüglich der in Frage kommenden Literatur verweise ich hier nur auf die entsprechenden Abschnitte von BUSCHKE und LANGER und von v. LICHTENBERG im „Lehrbuch der Gonorrhoe" (BUSCHKE und LANGER), auf die Arbeiten von SCHISCHOW und SMIRNOW (Zschr. f. Urol., 1926, Bd. 20), von MÜHLPFORDT (Zschr. f. Urol., 1923, Bd. 17) und auf die Monographie ARTHUR LEWINS über „Die entzündlichen Erkrankungen der Harnröhre und ihrer Adnexe" im „Handbuch der Urologie", wo man sich im Text und in der Literaturzusammenstellung lückenlos informieren kann.

Alle Autoren stimmen in der Betonung der Wichtigkeit der Infektion der COWPERschen Drüsen überein, die bei der Gonorrhoe weit öfter, als man annehme, ergriffen seien.

Die COWPERschen Drüsen sind zusammengesetzte, alveolotubuläre Drüsen, die im Trigonum urogenitale liegen. Sie werden von Bündeln des Musculus transversus perinei profundus umschlossen und besitzen (v. LICHTENBERG) keine eigentlichen Ausführungsgänge. Die langen Gebilde, die solche vortäuschen, sind nur den eigentlichen räumlichen Verhältnissen angepaßte sezernierende Drüsenteile. Manchmal ist nur eine — meist dann linksseitige — Drüse vorhanden, sehr selten eine median gelegene dritte. Jene Tatsache mag bisweilen den Grund dafür abgeben, daß eine Cowperitis nur einseitig festgestellt werden kann.

Für die klinische Befunderhebung bewährt sich am besten PICKERS Methode: bei der rektalen Palpation fühlt der in die Ampulla recti eingeführte und dann im Gelenk zwischen erstem und zweitem Glied hakenförmig gekrümmte Finger etwa 1 cm unterhalb der unteren Spitze der Prostata rechts und links in der vorderen unteren Nische die COWPERschen Drüsen, wenn sie erkrankt sind. Dann sind sie im Gegensatz zur gesunden Drüse vergrößert oder verhärtet oder schmerzempfindlich.

Für den Nachweis etwaigen pathologischen Sekretes kommt am besten ebenfalls das von PICKER angegebene Verfahren in Betracht. Nach gründlicher Klar-

Digitized by Google

spülung von Harnröhre und Blase wird diese erneut mit Wasser gefüllt und nach Expression der COWPERschen Drüsen enthält das in drei Portionen gelassene Spülwasser in der ersten Portion das mechanische Exprimat, während die dritte die Sekretbestandteile aufweist, die am Schlusse der Miktion aus den Drüsen durch die Kontraktion der Mm. transversi perinei profundi und bulbocavernosi und ischiocavernosi ausgepreßt werden.

Gelegentlich wird man auch zur Erzielung von Sekret aus den COWPERschen Drüsen auf die von PERUTZ angegebene Maßnahme (Kl. W., 1. Jahrg., Nr. 48) zurückgreifen können, der zu Provokationszwecken Einspritzungen von Pilocarpinlösungen in die Harnröhre empfahl. Doch ist dabei zu beachten, daß man dann immer auch Sekret aus den LITTREschen Drüsen beigemengt erhält.

Klinisch kann man mehrere Gruppen der Erscheinungsformen der chronischen gonorrhoischen Cowperitis unterscheiden:

1. Fälle mit klarer oder nur leicht getrübter erster Harnportion. Flocken, die in ihr schwimmen, enthalten Schleim, wenige Leukozyten. Fäden, die aus den Cowperschen Drüsen stammen, enthalten meist keine Epithelzellen, dagegen bisweilen haufenweise zusammenliegende, in den Schleim eingestreute oder an die Leukozyten angelagerte, nur vereinzelt intrazelluläre Gonokokken.

Die Patienten weisen häufig einen wäßrigen Ausfluß auf, die Untersuchung ergibt neben meist deutlichem rektalem Palpationsbefund endoskopisch entzündliche Erscheinungen in der Gegend der Einmündung der COWPERschen Drüsen in die Urethra. Die Bedeutung des Bestehens solcher gonorrhoischer Herde in den COWPERschen Drüsen liegt darin, daß durch sie nicht bloß dauernd eine Urethritis anterior unterhalten werden kann, sondern daß auch bei sonst gutartigem Verlauf etwa vorangegangener und abgeklungener Erkrankungen der Urethra posterior und ihrer Adnexe immer wieder diese Organe von neuem infiziert werden können. Des weiteren ist bekannt, daß die schweren Strikturen sich vorwiegend in der Bulbusgegend ausbilden. Chronische Entzündungsprozesse an der Einmündung der COWPERschen Drüsen tragen sicher dazu ebenso bei wie die besondere Disposition dieser „Lötstelle", bei der der Anschluß der entodermalen an die ektodermale Harnröhre erfolgt (v. LICHTENBERG, Beiträge zur Histologie mikroskopischer Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Urogenitalkanals des Mannes und seiner Drüsen. Bergmann, Wiesbaden 1906).

Bei zwei Fällen chronischer Gonorrhoe der vorderen Harnröhre konnte neben einer nicht erheblichen und sicher nicht im Vordergrunde stehenden Littreitis eine sichere Cowperitis nachgewiesen werden, die übersehen und nicht behandelt worden war.

2. Fälle mit neuralgischen Erscheinungen. Die Patienten klagen über Schmerzen beim Stuhlgang, bei langdauerndem Stehen und Sitzen und über anfallsweise auftretende Stiche im Enddarm. Der Urin kann bei diesen Formen der Erkrankung durchaus klar und frei von Filamenten sein.

Solche Krankheitszustände können, wie die Krankengeschichte eines 26jährigen Arbeiters ergibt, ganz besonders quälend für den Kranken sein. Der Patient wurde bei sonst negativem Befund lange Zeit als Hysteriker angesehen, bis genaue rektale Palpation die Reste einer vor 4 Jahren überstandenen Gonorrhoe in einer rechtsseitigen Cowperitis aufzeigte. Ein knapp bohnengroßes Knötchen wies die isolierte, charakteristische

Digitized by Google

und typische große Schmerzhaftigkeit bei der Berührung auf, während sonst das ganze Rektum frei von jeder Druckempfindlichkeit war. Derartige Fälle können für die Patienten zu so unerträglichen Zuständen führen, daß bei Versagen jeder anderen Therapie die chirurgische Entfernung der Drüse in Frage kommen kann.

3. Fälle mit anfallsweisen stürmischen Rezidiven: Die gonorrhoische Infektion schlummert in den COWPERschen Drüsen, um gelegentlich — meist aus besonderem Anlaß: Reiten, Exzesse in Baccho et Venere usw. — wieder in Erscheinung zu treten. Dabei kann der Rückfall eine akute Infektion nachahmen und sich in gonokokkenhaltigem Ausfluß und Trübung der ersten Harnportion, manchmal auch mit Schmerzen am Damm und Beschwerden im Rektum dokumentieren, bisweilen aber auch durch die ganze Art seines klinischen Bildes deutlich seine Natur erkennen geben.

Von besonderem Interesse ist in dieser Hinsicht der Fall, den COLLI (Dermosifilografo, 1927, 2. Jahrg., Nr. 9: Accesso gonococcico della regione perineale anteriore) beschrieb: Ein Hauptmann überstand im Jahre 1921 eine komplizierte Gonorrhoe, in deren Verlauf in der Dammgegend ein Abszeß, der als von der Prostata herrührend angesehen wurde, gespalten werden mußte. Im Jahre 1926 bildete sich ein Abszeß der rechten COWPERschen Drüse, im Eiter fanden sich keine Gonokokken. 1927 erneute große Abszeßbildung im Anschluß an einen anstrengenden Ritt. Es bestand hohes Fieber, durch Inzision wurden große Mengen stinkenden Eiters mit banalen Bakterien entleert. Nach Abklingen des Fiebers ergab eine Urethroskopie, daß bei Druck auf die Abszeßgegend Eiter aus den COWPERschen Drüsen in die Urethra floß. Nach einigen Tagen stellte sich eine profuse Sekretion der Harnröhre ein. Das Sekret enthielt dann wie auch der Eiter der Abszeßhöhle reichlich Gonokokken.

Je nach dem klinischen Befunde wird auch die Therapie einzurichten sein. Antiseptische Spülungen, erforderlichenfalls — wenn gleichzeitig Strikturen oder weiche Infiltrate bestehen — Einlegen von Bougies und vorsichtige und sachgemäße Massagen der betroffenen Drüsen werden mit Vorteil anzuwenden sein, besonderen Wert wird man aber auf heiße Sitzbäder und Diathermiebehandlung legen müssen. Daß man einen Versuch mit Vakzine, am besten Autovakzine, machen wird, versteht sich von selber. Nötigenfalls wird man sogar nicht um einen chirurgischen Eingriff (Exzision, Kauterisation) herumkommen. Das wird vor allem dann der Fall sein, wenn Abszesse oder Pseudoabszesse, vielleicht sogar mit Fistelbildung, entstanden sind, oder wenn, wie bereits weiter oben erwähnt, die Beschwerden von seiten der chronisch entzündlich veränderten COWPERschen Drüsen so quälend sind, daß man dem Kranken auf jede Weise zu helfen versuchen muß. Ob man unter Umständen mit dem von LOESER empfohlenen Verfahren der intrakutanen Einspritzung lebender Gonokokken aus einer frischen Kultur Erfolge erzielen kann, müssen erst weitere Versuche lehren. Bei zwei Fällen langdauernder Gonorrhoe jedenfalls, die ich in der letzten Zeit in dieser Weise behandelte, blieb der Erfolg aus.

Wichtig erscheinen aber alle diese Darlegungen insofern, als sie auch wieder mahnen sollen, mehr, als es gewöhnlich geschieht, auf das Befallensein der COWPERschen Drüsen zu achten und rechtzeitig das therapeutische Vorgehen darauf einzustellen.

Digitized by Google

Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover

Über einige klinische Beobachtungen von Hautkrankheiten und Stoffwechselstörungen

Von

GUSTAV STÜMPKE

Aus unserer Klinik sind im Laufe der letzten Jahre eine Reihe von Arbeiten hervorgegangen, die sich teils auf Wiedergabe klinischer dermatologischer Fälle beschränkten, soweit sie Anhaltepunkte für Beziehungen zwischen Haut und Stoffwechsel im weiteren, Haut und endokrinem System im engeren Sinne brachten; teils aber auch ausführlichere Untersuchungsbefunde, in der Hauptsache physiologisch-chemischer Art, mitteilten. Diese letzteren Stoffwechselarbeiten werden weiter fortgesetzt, sind aber im Augenblick noch nicht wieder zu einem Abschluß gekommen, so daß ich, zumal in Anbetracht der gewünschten Kürze der Ausführungen, mich darauf beschränken muß, hier nur einiges klinische Material zur Darstellung zu bringen.

Greifen wir die verschiedenen Formen von Alopezie, ganz besonders Alopecia areata, heraus, über welch letztere ja gerade BUSCHKE und seine Schüler in so hervorragender Weise gearbeitet haben, so mehren sich in letzter Zeit immer mehr die Stimmen, die, entsprechend ja auch schon früher gemachten Beobachtungen, auf enge Beziehungen zum vegetativen Nervensystem resp. endokrinen Apparat aufmerksam machen:

So betont noch jüngst WERTHER (1) den innigen Zusammenhang zwischen Haarstatus und inneren Drüsen, indem er einen Fall von Alopecia areata beschreibt, beginnend mit der Pubertät, der eine an Thymus persistens denken lassende Dämpfung in der Gegend des Manubrium sterni erkennen läßt. ARMANI (2) berichtet über einen Fall von totaler Alopezie — außer Kopf auch Augenbrauen und Zilien — bei einer 20jähr. Arbeiterin, die maskulinen Typ aufweist, geringe Behaarung der Achsel- und Schamgegend, sowie Anomalien in der Menstruation bietet; HERMAN (3) über den Fall eines 14jähr. Mädchens, das 2 Wochen nach einem starken Schreck einen Anfall von epileptoidalen Krämpfen mit Ohnmacht und Bewußtseinsverlust hatte und seitdem eine Alopecia areata der Kopfhaut bekam: Die Untersuchung des vegetativen Nervensystems ergab eine echte Sympathikotonie mit pluriglandulärer Insuffizienz (periodische Pupillenstarre).

Endlich sei auch noch einer Beobachtung von MICHELSON (4) gedacht, der bei einer 34jähr. Kranken eine Dermatitis herpetiformis, vergesellschaftet mit Alopecia areata, feststellte und ähnliche Zusammenhänge vermutet.

Aus unserem eigenen Material seien zwei Fälle mitgeteilt, die hierher gehören können; beide wurden aus äußeren Gründen nur einmal in der Poliklinik beobachtet, so daß eingehendere Untersuchungen, insbesondere Stoffwechselprüfungen, nicht stattfinden konnten.

1. M., Frd., 38 Jahre, Kellner, Hannover, 1925, Alopecia areata.

Seit 1¼ Jahren kahle Flecke am Hinterkopf, die seit ½ Jahre besonders an Ausdehnung zugenommen haben. Oft in ärztlicher Behandlung; keine innerlichen Mittel erhalten.

Digitized by Google

Seit 13 Jahren verheiratet, 3 gesunde Kinder. Geschlechtliche Tendenz, besonders in den letzten Jahren, stark zurückgegangen — verkehrt oft Monate nicht mit seiner Frau. Kleine Hoden. Mangelhafte Behaarung der Achselhöhlen und der Genitalgegend.

Von dem Krankenhause, das uns den Fall zur Begutachtung überweist, wird Hypogenitalismus angenommen. Nervensystem bietet sonst nichts Besonderes.

Objektiver Befund: Am Hinterkopf 3 zusammengeflossene, im ganzen etwa handtellergroße, kahle Flecke mit noch vorhandenen Follikeln.

2. K., Betty, 32 Jahre, Haustochter, Minden, 1928, Alopecia diffusa capitis.

Seit 1 Jahre starker Haarausfall, verschiedentlich behandelt, auch mit Höhensonne ohne Erfolg bestrahlt. Der Haarausfall in den letzten Wochen besonders stark geworden. Seit $^3/_4$ Jahr außerdem braune Flecke auf Brust, Rücken und in den Achselhöhlen aufgetreten. In den letzten Jahren außerordentlich stark geworden. Menses unregelmäßig, sehr schmerzhaft, alle 6—7 Wochen. Von einem auswärtigen Kollegen mir zur Begutachtung gesandt mit der Vermutung eines Zusammenhanges zwischen Hautstörung und endokrinem System.

Objektiver Befund: Haarwuchs sehr dünn, Haare lassen sich leicht ausziehen; umschriebene kahle Flecke nicht vorhanden; desgl. keine Schuppung auf der Kopfhaut und keine entzündlichen Veränderungen.

In der vorderen sowie hinteren Schweißrinne, sowie an der Haut der Achselhöhlen umschriebene, linsen- bis markstückgroße, ziemlich scharf abgegrenzte, mattgelbe bis bräunliche, schuppenfreie, nicht erhabene Flecke, die nach dem ganzen klinischen Bilde nur als Pigmentflecke aufgefaßt werden können.

Die Untersuchung des Nervensystems ergibt außer Steigerung der Mehrzahl der Reflexe nichts Wesentliches. Pat. entzieht sich weiterer Beobachtung.

Bezüglich der Acne vulgaris und verwandter Affektionen, über die ich mich ja bereits mehrfach im Rahmen klinischer und experimenteller Arbeiten äußerte (5—9), sei ohne Eingehen auf die Literatur, zumal ja gerade auf diesem Gebiete die Beziehungen zu allgemeinen Störungen auch für den Praktiker seit langem verhältnismäßig klar liegen, nur folgendes noch aus gelegentlichen Beobachtungen nachgetragen:

1. Fl., Paul, 19 Jahre, kaufm. Angest., Hannover, 1926, Acne vulgaris.

Seit 4—5 Jahren Ausschlag an der Haut des Rückens, in geringerem Grade auch im Gesicht, oft ohne Erfolg behandelt.

Objektiver Befund: An der Haut des Rückens, bis hinunter zu den Hüften, ziemlich dichtstehende Akne, deren Einzelefflorescenzen z. T. Haselnußgröße erreichen; im Gesicht wesentlich geringere Ausbreitung und Entwicklung, dagegen Komedonen in mäßiger Anzahl. Am Rumpf spärliche Behaarung; Hoden ausgesprochen klein. Libido kaum vorhanden. 6 Testoganinjektionen à 1,0 intramuskulär. Keine äußere Therapie. An Heilung grenzende Rückbildung; seit Monaten keine Rückfälle.

2. Gr., Lina, 23 Jahre, Hausmädchen, Hannover, 1925, Acne vulgaris.

Seit 1—2 Jahren an Akne, hauptsächlich auf der Stirn, leidend. Bisherige Behandlung ergebnislos. Menses regelmäßig, aber nur 1—2 Tage anhaltend und mit starken Schmerzen verbunden.

Objektiver Befund: Haut des Gesichts blaß und etwas gedunsen; auf der Stirn neben mäßiger Komedonenentwicklung zahlreiche, stecknadelkopf- bis linsengroße Knötchen, die teilweise auf der Spitze eine Pustel tragen.

20 Ovoglandol à 1,0 intravenös, jeden 3. Tag. Die nach der 12. Injektion auftretende Regel zeigte erheblich stärkere Blutung und hielt 5 Tage an (siehe oben), in gleicher Weise verliefen auch die später auftretenden Menses. Akne nach der 10. Injektion unter Zurücklassung leicht bräunlicher Narben abgeheilt. Einige kleinere Rezidive wurden in den folgenden Jahren beobachtet, die indes nicht annähernd die Stärke der ursprünglichen Eruption darboten.

Daß auch bei der Acne necrotica, über deren Ursache ja noch manches Dunkel schwebt, ähnliche Verbindungen möglich sein können, legen folgende Beobachtungen nahe:

Digitized by Google

1. St., Alwine, 49 Jahre, Ehefrau, Rethen/L., 1927.

Seit langen Jahren Ausschlag an der Stirnhaargrenze und Rötung an der Nase; angeblich ziemlich unmittelbar nach der Geburt des ersten Kindes aufgetreten. Längere Zeit erfolglos behandelt, in der letzten Zeit mäßige spontane Besserung. Menses o. B.

Objektiver Befund: An der Haut beider Stirnhaargrenzen zahlreiche, dichtstehende Effloreszenzen vom Typ der Acne necrotica und viele entsprechend große Narben früherer Schübe. Die Stirn und das übrige Gesicht sind frei. Die Nasenspitze zeigt Rosazea ersten Grades (ohne Knötchenbildung). Pat. entzog sich weiterer Beobachtung.

2. M., Marie, 23 Jahre, Haustochter, Hannover, 1926.

Seit dem 13. Lebensjahre alle 4 Wochen Ausschlag an der Stirn, Stirnhaar- und Schläfenhaargrenze, der sehr stark in die Erscheinung trat, bis zum 19. Lebensjahr, in dem die Menses einsetzten. Jetzt Wiederauftreten des Ausschlages, nachdem die Menses 1/4 Jahr ausgeblieben sind.

Objektiver Befund: An der Stirn, vor allem in den der Haargrenze benachbarten Partien, und an den Schläfen zahlreiche, dichtstehende Effloreszenzen vom Typ der Acne necrotica; auch zahlreiche gleichgroße und ähnlich beschaffene Narbenbildungen. Keine Komedonen. Nervensystem o. B. Gynäkologischer Befund o. B.

Daß auch bei der Psoriasis Störungen zwischen Haut und Stoffwechsel möglich sind, ist bekannt. Man denke in diesem Zusammenhange an die Versuche, die Schuppenflechte durch Bestrahlung endokriner Organe (Thymus, Thyreoidea) therapeutisch zu beeinflussen. Aus neuerer Zeit erwähne ich zwei Beobachtungen aus der Literatur: BERTANZI (10) weist bei einer 27jährigen Patientin mit Psoriasis auf Merkmale endokriner Störungen hin — verspätetes Einsetzen der Pubertätserscheinungen, nicht menstruiert, Hypoplasie der Brüste und der äußeren Genitalien. Ovarien per rectum nicht tastbar, Uterus klein; vergrößerte Sella turcica, auffallende Länge der Extremitäten. Fortgesetzte Ovarialinjektionen führten innerhalb 27 Tagen zur Abheilung des Prozesses. WASSILEW und JORDAN (11) fanden in drei Fällen von Psoriasis — unter Zuhilfenahme der intravenösen Injektionen von Atropin, Adrenalin usw. — deutliche Störungen des vegetativen Nervensystems.

Aus eigenem Material zwei hierher gehörige Beobachtungen:

1. H., Martha, 23 Jahre, Arbeiterin, Hannover, 1928, Psoriasis.

Seit 5 Jahren bestehend, die ganze Zeit nur wenige Herde an beiden Unterarmen, Unterschenkeln und im Nacken. Seit 3 Wochen — Gravida mens IV — plötzliche Aussaat eines Exanthems über den ganzen Körper inklusive behaartem Kopf, bestehend aus punkt- bis linsen-, bis pfennigstückgroßen, mit dünner Schuppung besetzten, ziemlich intensiv rot gefärbten Einzeleffloreszenzen. Eine Behandlung der ursprünglich vorhandenen, geringgradigen Psoriasis hatte nicht stattgefunden.

2. K., Marie, 56 Jahre, Ehefrau, Hannover, 1925.

Pat. wurde dem Krankenhaus II überwiesen mit einer Erythrodermie, die sich, offenbar im Anschluß an eine ambulant begonnene Therapie, aus einer gewöhnlichen, nicht sehr stark ausgebreiteten Psoriasis entwickelt hatte.

Der objektive Befund zeigte eine Erythrodermie, die sich ziemlich über den ganzen Körper ausgebreitet hatte und außer der diffusen, nicht sehr intensiven Rotfärbung eine ziemlich großlamellöse Schuppung mäßiger Stärke erkennen ließ. Für Hypothyreoidismus sprachen einmal die allgemeine, auch an den von der Hautaffektion freien Stellen verdickte, vielfach direkt leicht ödematöse Haut, mangelhafte Behaarung des ganzen Körpers — Achselhöhlen, Genitale —, starker Fettansatz — seit 1917! trotz Kriegsernährung usw. Erfolg einer endokrinen Behandlung (Thyreoidin) bei 10 kg Gewichtsabnahme.

Dabei muß natürlich gerade bei der Psoriasis die Frage durchaus offen bleiben, ob es sich tatsächlich in solchen Fällen, ebenso wie in

Digitized by Google

manchen anderen, in der Literatur angegebenen, ähnlich gelagerten, um eine maßgebende oder, sagen wir, primäre Ursache handelt, oder ob bereits vorhandene Psoriasis durch mehr oder weniger plötzlich aufgetretene Stoffwechselstörung in ihrem weiteren Verlauf weitgehend beeinflußt wurde.

Auch bei manchen Ekzemen — nicht bei allen denjenigen, bei denen gleichfalls auf Grund neuerer Forschungen anaphylaktische Vorgänge in Frage kommen — ist das vegetative Nervensystem resp. endokrine System ätiologisch von Bedeutung, hier um so mehr, als es auf diese Weise möglich erscheint, aus der großen Gruppe der konstitutionellen Ekzeme in ähnlicher Weise, wie es mit den parasitären resp. seborrhoischen Ekzemen der Fall war, eine weitere herauszuschälen und zu umreißen. Einige Stimmen aus letzter Zeit seien genannt:

So beschreibt CARRERA (12) Ekzeme, bei denen eine Nebenniereninsuffizienz vorlag und Adrenalin mit sehr gutem Erfolg verabfolgt wurde. Ganz besonders gilt das nach ihm auch für manche Fälle von Neurodermitis. Die chronischen Ekzeme der Hyperthyreoiden mit dem Zeichen der Vagotonie reagierten gut auf Thyreoidin. Bei den Ekzemen der Menopause und der Dysovarie, die meist im Gesicht, an der Kopfhaut und den Ohren lokalisiert sind, wurden auch Ovarialextrakte mit prompten Erfolg gegeben. WASSILEW und JORDAN (11) stellten bei ihren bereits erwähnten Untersuchungen auch bei 4 Fällen von seborrhoischem Ekzem Veränderungen des vegetativen Nervensystems fest. KANNO und HASEGAWA (13) konnten ein Ekzema tyloticum durch Injektion von Ovarialdrüsenextrakt günstig beeinflussen. SZEGÖ (14) konnte bei zahlreichen Fällen von Ekzem, wie auch kei Acne vulgaris, Rosazea und Pruritus Funktionsstörungen der Eierstöcke feststellen. Injiziert wurden Ovarialextrakte (Glanduovin, Richter): Gewöhnlich genügten 18 Injektionen zur Heilung bzw. Besserung der Hautaffektion; nur in wenigen Fällen blieb die Behandlung erfolglos.

Auch wir konnten sowohl bei der Neurodermitis, wie beim eigentlichen konstitutionellen Ekzem Beobachtungen machen, die entweder einen derartigen Zusammenhang bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich erscheinen (z. B. Diagnose ex juvantibus), oder aber bei exakten Stoffwechseluntersuchungen mit ziemlicher Sicherheit sogar auf solche Beziehungen schließen lassen.

1. B., Frida, 18 Jahre, Hausmädchen, Hannover, 1925, Neurodermitis. Seit 1 Jahre hautleidend, hauptsächlich auf Ellenbeugen, Knie und Nackengegend beschränkt, bis jetzt ohne Erfolg behandelt. Aufflammen des Hautprozesses während der Menses, die sehr schmerzhaft sind. Behandlung besteht in etwa 12 Hypophysininjektionen, die sehr gute Wirkung entfalten: Der Hautbefund bessert sich außerordentlich, ohne jede lokale Therapie; die Menses nehmen normale Gestaltung an, insbesondere sind sie schmerzfrei.

2. W., Else, 13 Jahre, Haustochter, Hannover, Poliklinik (einmal aufgesucht). Pat. leidet seit 2—3 Jahren an Ausschlag, der sich über ziemlich weite Partien des Körpers erstreckt, hauptsächlich aber an den Extremitäten lokalisiert ist. Farbe der Ekzemplaques matt-gelblichrot, schilfernd, z. T. gefeldert. Weit über ihr Alter entwickelte Pat. Seit dem 10. Lebensjahre Menses, stark, unregelmäßig. Pat. entzieht sich weiterer Beobachtung und Behandlung.

3. K., Wilma, 14 Jahre, Schülerin, Hannover, 1927, Krankenhaus II, Neurodermitis.

Seit 7 Jahren bestehend, hauptsächlich im Gesicht lokalisiert. Oft erfolglos behandelt, so vor 3 Jahren 45 Bestrahlungen mit Höhensonne, ferner etwa 15 AS.-Injektionen. Wesentlich über ihre Jahre entwickelt. Mit 11 Jahren Menses.

Objektiver Befund: An der Haut beider Wangen, auch auf die Halspartien übergreifend, imponieren ekzematöse Plaques von wechselnder Größe, z. T.

Digitized by Google

ineinander überfließend; teilweise schuppend, teilweise gefeldert. Außerdem bestehen zahlreiche oberflächliche Exkoriationen innerhalb der Ekzemplaques und auch in deren Umgebung. Ekzem greift etwas auch auf die Stirn über.

4. M., Therese, 23 Jahre, Stenotypistin, 1927, Hannover.

Von einem Facharzt mir zur einmaligen Beratung überwiesen. Als Kind häufig Drüsen, die nicht vereiterten oder aufbrachen. Pat. leidet seit langen Jahren an Kopfweh und Blutarmut. Menses seit dem 14. Lebensjahr regelmäßig; starke Blutungen! Vergrößerung der Schilddrüse während der Menses; Haarausfall, leichte Ermüdbarkeit, Herzklopfen (Tropfenherz). Seit 1 Jahre Hautausschlag.

Objektiver Befund: Schleimhäute blaß, Jugulardrüsen palpabel. Mäßige, ganz mattgelb gefärbte, leicht gefelderte Infiltrate an beiden Ellenbeugen und im Nacken, Schuppung gering, starkes Jucken!

Röntgen und Arsen empfohlen!

Es folgen einige Beobachtungen, die klinisch mehr dem Bilde des gewöhnlichen Ekzems entsprechen.

1. M., Ernst, 16 Jahre, Schlosser, 1927, Hannover, Ekzema faciei.

Seit 1—2 Jahren Ausschlag im Gesicht, verschiedentlich erfolglos behandelt; seit 3—4 Jahren sehr stark geworden.

Objektiver Befund: Im Gesicht umschriebene, z. T. talergroße, ziemlich oberflächliche, unregelmäßig begrenzte Plaques, die sich durch eine leicht rötliche Farbe auszeichnen und eine leichte, kleienförmige Abschuppung erkennen lassen.

Rein femininer Typ. Starke allgemeine Adipositas.

Genitale: Hoden erbsengroß, beide im Skrotum tastbar. Membrum unentwickelt, 2—3 cm lang. Spontaner Abgang von Pollutionen bei sexueller Erregung.

Diagnose: Dystrophia adiposogenitalis.

2. W., Hans, 13 Jahre, Schüler, 1927, Hannover.

Seit 7 Jahren Ausschlag an den Händen; oft behandelt mit Salben, Arsen, Höhensonne. Stets rezidivierend. Seit frühester Jugend Verdickung der Thyreoidea.

Objektiver Befund: Hauptsächlich die Haut der Fingerrücken und der angrenzenden Teile der Handrücken ziemlich diffus verdickt, bläulichviolett verfärbt, z. T. rissig, z. T. auch etwas Borkenbelag aufweisend. Dermographismus. Tachykardie. Deutliche Schwellung der Thyreoidea.

Auf Röntgen erfolgt Rückbildung des Ekzemschubes.

3. L., Elise, 30 Jahre, Stütze, 1928, Hannover.

Seit Jahren Ausschlag, hauptsächlich an den Halspartien. Außerdem seit Jahren nervenkrank und herzleidend.

Objektiver Befund: Ekzem der Halspartien bietet nichts Besonderes; es zeigen sich umschriebene, ganz oberflächliche, leicht schuppende, unregelmäßig abgegrenzte Rötungen; außerdem: Exophthalmie, Tremor, Thyreoidea, Möbius, Schwellung, Stellwag. Morbus Basedow!

Grundumsatz + 8%; spez. dynam. Wirkung + 29%.

4. D., Lina, 37 Jahre, Ehefrau, 1927, Hannover.

Seit 1920 leidet Pat. an Hautausschlag, der sich mit vorübergehenden Unterbrechungen hauptsächlich an Armen und Beinen zeigte. 1922 im Krankenhaus II, gute Beeinflussung der Herde mit Röntgen. 1927 in meiner Sprechstunde mit schwerem Rückfall, der sich außer an den bisherigen Hauptstellen auch noch in Form größerer Plaques an der Haut des Gesäßes und vereinzelt auch am Stamm zeigte. Es bestehen mäßig gerötete, z. T. leicht infiltrierte, z. T. mit Bläschen besetzte Herde, die teilweise auch nässen und mit Borken bedeckt sind.

Trotz sehr vielseitiger Therapie — Olobintin, Afenil, Röntgen, verschiedene Salben — nur vorübergehend Besserung des Zustandes, zuletzt aber doch wieder Verschlimmerung, so daß Anfang 1928 Aufnahme ins Krankenhaus II erfolgen muß.

26. I. 28: Grundumsatz — 20%; spez. dynam. Wirkung + 14%. Unter Berücksichtigung des stark herabgesetzten Grundumsatzes erfolgt Thyreoidinbehandlung: 50 Tabletten à 0,1 g.

23. II. 28. Grundumsatz + 24%; spez. dynam. Wirkung + 15%. Fast völlige Rückbildung des gesamten Ekzems bei völlig indifferenter äußerer Therapie.

8. III. 28: Grundumsatz + 17%; spez. dynam. Wirkung + 13%.

17. IV. 28: Grundumsatz + 14%; spez. dynam. Wirkung + 12%. Es tritt ein Stillstand in der Rückbildung ein.

Digitized by Google

24. IV. 28: Von heute ab Ovotransannon.
10. V. 28: Erscheinungsfrei entlassen.
30. V. 28: Einige kleine Herde an den Händen, und zwar an der Peripherie der alten Effloreszenzen, aufgetreten.

5. R., Martha, 34 Jahre, Ehefrau, 1928, Hannover.
Bis 1918 Menses sehr stark und schmerzhaft. 1918 Auskratzung des Uterus; seit dieser Zeit Menses allmählich immer schwächer, zum letzten Male, am 3. VI. 27, ganz spärlich. Parallel mit Aufhören der Menses gingen starke Gewichtszunahme und dem Klimakterium ähnliche Beschwerden; außerdem Auftreten von juckenden Ausschlägen, besonders stark im letzten halben Jahre.

Objektiver Befund: Das Ekzem ist hauptsächlich an der Beugeseite der Arme, den Innenseiten der Oberschenkel, den Kniebeugen, den Unterschenkeln, sowie auf beiden Mammae lokalisiert. Z. T. besteht Hautfelderung, z. T. Exkoriationen, Infiltration mäßig, Begrenzung gegen die gesunde Umgebung unscharf. Gewicht 201 Pfund, Größe 175 cm.

Therapie: Röntgen einiger weniger Stellen, nach kurzer Zeit Verzicht auf diese Therapie, da eine gleichzeitige endokrine Behandlung — Ovarialtabletten Merck — 3mal täglich — überraschend schnelle Rückbildung — innerhalb 10 Tagen — des gesamten Ekzems herbeiführte. Auch das Allgemeinbefinden wurde weitgehend beeinflußt, die ursprünglich vorhandene Depression verschwand.
Im ganzen vom 17. II. bis 6. III. 1928 im Krankenhaus II Ovarialtabletten eingenommen, nimmt sie auch nach ihrer Entlassung weiter.

Von Bedeutung sind ja weiter auch noch die Beziehungen von Ekzem zur harnsauren Diathese; diese kann hier mit erörtert werden, da ja auch die Harnsäureausscheidung vielfach als eine Reizwirkung des vegetativen Nervensystems gedeutet wird: KROMAYER (15) will in den letzten 30 Jahren über 1000 Fälle von Ekzem auf der Grundlage von „harnsaurer Diathese" beobachtet haben mit folgenden Symptomen: Neigung zur Chronizität, Neigung zu Rezidiven an einmal befallenen Hautstellen, Atypie in der Lokalisation, Multiplizität der Herde, Überwiegen der chronischen Ekzemformen. Wichtig ist das Vorhandensein anderer Symptome der larvierten oder klassischen Gicht. Außer den gegen die harnsaure Diathese eingeleiteten Maßnahmen muß aber auch örtlich behandelt werden.

Bei Durchsicht des eigenen Materials stößt man zweifellos auf allerhand Fälle, die diese Bedingungen erfüllen, wenn auch ihre Zahl — unsere Beobachtungen gehen auf etwa 4—5 Jahre zurück — nicht so besonders hoch ist. Auch von uns wurde gelegentlich das Rezidivieren an gleicher Stelle festgestellt, die Beobachtungen bezüglich der Therapie sind wechselnd: teils Ansprechen auch des Ekzems auf allgemeine Maßnahmen, teils Reaktion nur auf örtliche Therapie. Manche dieser Fälle erinnern klinisch zweifellos an Neurodermitis. Festlegen kann man sich bei der Diagnose wohl nur, wenn wirklich exakte Befunde vorliegen (siehe oben), während die Deutung mehr allgemeiner oder subjektiver Symptome, wie Gelenk-, Nacken-, Kopf-, Nervenschmerzen, Verdauungsstörungen, Berücksichtigung der Familienanamnese, wohl nur mit größter Vorsicht vollzogen werden muß.

1. Dr., Karl, 41 Jahre, Gastwirt, 1926, Chron. rezidivierendes Ekzem.
Erster Schub 1906, nur im Gesicht. In den folgenden Jahren häufig kleinere Herde, besonders an den Beinen. Dann längere Jahre Ruhe. Seit Januar 1926 Neuausbruch der Hauterkrankung, diesmal besonders Gesicht und Hände befallend, in Form umschriebener, mattroter, z. T. etwas gefelderter Plaques.
Harnsäure 4,4 mg% bei purinfreier Diät.

Digitized by Google

2. W., Heinrich, 38 Jahre, Kaufmann, 1926, Hannover.

Seit 1919 mit Unterbrechungen bestehend, hauptsächlich an den Beinen und im Gesicht. Klinisch dem vorigen Fall ähnlich. In den letzten Jahren mit Olobintin, Normosal, Ekzebrol ohne irgend welchen Erfolg behandelt. Auf Atophan, das wegen des Harnsäuregehaltes von 5,9 mg% verordnet wurde, auffallende Besserung.

3. R., Mathilde, 48 Jahre, Ehefrau, 1926, Hannover.

Seit etwa 10 Jahren leidet Pat. an Hautausschlag, der immer an derselben Stelle, über der linken Schulter, sich zeigte; oft deswegen in ärztlicher Behandlung: viel Salben erhalten, oft geröntgt.

In letzter Zeit auch Iriphan und Atophan erhalten, worunter wohl die Gicht, an der Pat. auch leidet, nicht aber die Hautaffektion beeinflußt wird. Pat. hat seit langer Zeit Gichtknoten, vor allem an den Händen, aber sie hat auch mit anderweitigen rheumatischen Erkrankungen zu tun; stammt aus einer Gichtikerfamilie.

Objektiver Befund: Über der linken Schulter imponiert eine etwa walnußgroße, leicht gerötete und gefelderte Hautpartie, die unregelmäßig gegen die gesunde übrige Haut abgesetzt ist; innerhalb derselben einige weiße Flecke (Thermokauter). Die Haut des übrigen Körpers ganz intakt.

4. R., Marie, 62 Jahre, Hausangestellte.

Als junges Kind bereits Ausschlag im Gesicht, seit ihrem 13. Lebensjahr an Händen und Ellenbeugen; seither mit Unterbrechungen immer bestanden. Letzte schwere Exazerbation des Ekzems vor 1 Jahre. Seit 1908 Gicht, die trotz intensiver Behandlung (Injektionen, Bäder) zu Versteifungen geführt hat.

Auf die Hautaffektion hat diese Therapie auch keinen nachhaltigen Einfluß ausgeübt.

Zur Zeit (1928) besteht der Hautausschlag lediglich in einer ganz mäßigen, wenn auch diffusen Infiltration beider Handrücken, die einen leicht rötlichen Farbton erkennen läßt. Pat. entzog sich weiterer Beobachtung.

Damit bin ich am Ende dieser kurzen Mitteilungen. Sie konnten wegen des hierfür nur zur Verfügung stehenden kleinen Raumes nicht erschöpfend sein, zumal ein großer Teil der Beobachtungen in der Poliklinik und Sprechstunde, vielfach nur bei einmaliger Konsultation, gemacht wurde. Der Zweck ist erfüllt, wenn damit erneut ein Hinweis auf dieses so wichtige Grenzgebiet ermöglicht wurde.

Literatur

1. Werther, Alopecia areata und innere Sekretion. Moskauer Venerolog. und Derm. Ges. Sitzung 6. XI. 1924. (Ref. Zbl., 1925, Bd. 16, S. 530.) — 2. Armani, Lodovico, Alopecia totale con disfunzione endocrina. Raggi ultravioletti. 1925, Ann. 1, Nr. 7, S. 213. (Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 18, S. 848.) — 3. Herman Eufemjusz, Alopecia areata auf Grundlage von Störungen des endokrin-vegetativen Systems in einem Falle von Epilepsie. Ein Beitrag zur periodischen Pupillenstarre. Warszawskie czasopismo lekarskie, 1925, Jahrg. 2, Nr. 10, S. 423—426 (Poln.). (Ref. Zbl. 1925, Bd. 19, S. 496.) — 4. Michelson, Alopecia areata — canities. Derm. herp. (Minnesota Derm. Soc. 7. II. 23.) Arch. of Derm. a. Syphilol., 1923, Bd. 7, Nr. 6, S. 844. (Ref. Zbl. 1924, Bd. 10, S. 48.) — 5. Stümpke, Beobachtungen betr. die Ätiologie der Acne vulgaris. Derm. W., 1925, Bd. 2. — 6. Stümpke und Soika, Biochem. Untersuchungen bei Hautkrkh. M. Kl., 1924, Bd. 29. — 7. Stümpke und Soika, Biochem. Untersuchungen bei Hautkrkh. Kl. W., 1927, Bd. 14. — 8. Stümpke, Die Therapie der Acne vulgaris. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928. — 9. Stümpke, Zu den Beziehungen zwischen Haut und Stoffwechsel. Deutsch-Russ. Zschr., 1927, Aug. — 10. Bertanzi, Roberto, Squilibrio endocrino e psoriasi. Prove, risultanze e considerazioni su di un caso. (Clin. derm., univ., Milano.) Giorn. ital. delle mal. vener., 1924, Bd. 65, Nr. 5, S. 1686—1703. (Ref. Zbl., 1925, Bd. 16, S. 674.) — 11. Wassilew, E. K. und Jordan, A. P., Zur Frage der Abhängigkeit der Hauterkrankungen im System der innersekret. Drüsen. Russkaja klin., 1925, Bd. 3, Nr. 10, S. 167 bis

Digitized by Google

178 (Russ.). (Ref. Zbl., 1925, Bd. 18, S. 204.) — 12. CARRERA, JOSE LUIS, Beziehungen des Ekzems zu den endokrinen Drüsen. Rev. derm. argentina, 1903. Bd. 10, S. 103—107 (Span.). (Ref. Zbl., 1925, Bd. 17, S. 68.) — 13. KANNO, E. and HASEGAWA, S., On the Relationship between Eczema Tylot. Rhagadiforme and internal secretion. (Derm.-urol. soc., Tokyo, 19. V. 24.) Japan. Journ. of Derm. a. Urol., 1925, Bd. 25, Nr. 2, S. 8. (Ref. Zbl., 1925, Bd. 18, S. 204.) — 14. SZEGO, PAUL, Über Hauterkrankungen bei Störung der Ovarienfunktion. (Graf Apponyi-Alb.-Polikl., Budapest.) Zbl. f. Gyn., 1925, Jahrg. 49, Nr. 19, S. 1018—1022. (Ref. Zbl., 1925, Bd. 18, S. 848.) — 15. KROMAYER, Ekzem und harnsaure Diathese. D. m. W., 1925, Jahrg. 51, Nr. 37, S. 1527—1528. (Ref. Zbl., 1925, Bd. 18, S. 886.)

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses (dirig. Arzt: Prof. A. BUSCHKE) und dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" (Abteilung Prof. SCHIEMANN)

Experimentelle Untersuchungen über Akridinfarbstoffe

Von

Dr. WOLFGANG CASPER

Nachdem die von NEUFELD und SCHIEMANN vorgeschlagenen Versuche einer intravenösen Behandlung der Gonorrhoe mit Akridinfarbstoffen neuerdings durch die von französischen Autoren berichteten Erfolge das Interesse der Kliniker erregt haben, sind auch weitere experimentelle Untersuchungen über die Wirkung dieser Mittel von Interesse.

A. COHN hat einen Vergleich zwischen den bisher üblichen Silberpräparaten und Trypaflavin und Rivanol angestellt, der infolge ihrer bakteriziden Wirkung im Reagenzglas und im Peritoneum der Maus zugunsten der Akridinfarbstoffe ausfiel. Neuerdings ist das von der J. G. Farbenindustrie ausgegebene Gonoflavin in die Therapie eingeführt worden.

Im folgenden habe ich an von der Fabrik mir freundlichst überlassenen Proben von Gonoflavin hinsichtlich ihrer entwicklungshemmenden Eigenschaft auf Gonokokken und der Verteilung und Ausscheidung nach intravenösen Injektionen in dem menschlichen und tierischen Organismus Untersuchungen[1]) angestellt.

Nach BUSCHKE und LOEWENSTEIN wurden durch intravenöse Injektionen gute therapeutische Erfolge bei Gonorrhoe beobachtet. Allerdings haben andere Autoren Enttäuschungen erlebt.

Tabelle 1 zeigt Entwicklungshemmungsversuche, die gleichzeitig mit Trypaflavin und Gonoflavin an den gleichen Kulturen von Gonokokken und eines anderen, durch Trypaflavin nach SCHIEMANN und BAUMGARTEN elektiv hoch beeinflußten Erregers, des Hühnercholerabazillus, ausgeführt wurden.

Gonoflavin zeigt zwar stark entwicklungshemmende Eigenschaften für beide Bakterienarten, Trypaflavin wirkt aber stärker, auf Gonokokken sogar erheblich stärker, wenn die Ergebnisse nach 24 Stunden abgelesen werden, nach 48 Stunden ist die Differenz gering. Ein zweiter, in gleicher Weise ausgeführter Versuch hatte dasselbe Resultat.

---

[1]) Die Tierversuche wurden ausgeführt mit Unterstützung der Notgemeinschaft deutscher Wissenschaft.

Digitized by Google

Tabelle 1. Prüfung der Entwicklungshemmung von Hühnercholerabazillen in Bouillon (7,6 p_H), von Gonokokken in Aszitesbouillon (1:3). Volumen 4 ccm

+ = Wachstum wie in der Kontrolle. 0 (+) = nach 24 Stunden 37° kein Wachstum, nach 48 Stunden Wachstum

Geprüft	Einsaat	Mittel	1:100000	1:300000	1:1 Million	1:3 Million	1:10 Million	1:30 Million	1:100 Million	Wachstumsgrenze ohne Desinfiziens
Hühnercholera	$^1/_{10}$ Tropfen	Trypaflavin	0	0	0	0	+	+		$^1/_{10}$ Millionstel Tropfen
Gonokokken	1 Tropfen	Trypaflavin	0	0	0	0	0(+)	0(+)	+	$^1/_{10000}$ Tropfen
Hühnercholera	$^1/_{10}$ Tropfen	Gonoflavin	0	0	0	±	+	+		$^1/_{10}$ Millionstel Tropfen
Gonokokken	1 Tropfen	Gonoflavin	0	0	0	±(+)	+	+	+	$^1/_{10000}$ Tropfen

Wir kontrollierten regelmäßig in unseren Versuchen die Güte des Nährbodens durch Beimpfung einer Anzahl Röhrchen ohne Desinfizienszusatz mit abgestuften Mengen ($^1/_{10}$, $^1/_{100}$ usw. Tropfen) der im Versuch benutzten Bakterienkulturen (cf. Rubrik Wachstumsgrenze). Da FÜRSTENAU und auch NEUFELD, SCHIEMANN, BAUMGARTEN in ihren Versuchen mit Gonokokken und Akridinverbindungen eine solche Kontrolle des Nährbodens unterlassen haben, sind meine (kleineren) Zahlen für die Empfindlichkeit der Gonokokken gegen Trypaflavin wohl zuverlässiger. Da ferner beide Mittel nach 48 Stunden Gonokokken nicht stärker beeinflussen als Hühnercholerabazillen, letztere aber noch bei einer Einsaat von 1 Millionstel Tropfen in ihrem Nährboden ohne Desinfiziens angehen, während Gonokokken bereits mit 1:10000 Tropfen ihre Wachstumsgrenze erreichen, so wird dem Gonokokkus der Rang als gegen Akridin- und Akridiniumverbindungen elektiv empfindlichster strittig gemacht. Immerhin ist eine bedeutende desinfizierende Kraft für Gonokokken sowohl bei Trypaflavin wie beim Gonoflavin vorhanden.

Es wurde nun untersucht, ob vielleicht bei wiederholten intravenösen Injektionen von Gonoflavin bzw. Trypaflavin eine Anreicherung des Mittels im Blute stattfindet, wie das für Salvarsan von MAYRHOFER nachgewiesen worden ist. Hierbei wurden die im Handel erhältlichen fertigen 2%igen Lösungen in Ampullen (Proinjektionen) von Trypaflavin und Gonoflavin angewandt.

Es erhielt zunächst ein Kaninchen (Gewicht 1850 g) 10mal in Abständen von 48 Stunden je 0,15 der 2%igen Trypaflavinlösung, ein anderes (Gewicht 2600 g) 10mal 0,2 2%iger Gonoflavinlösung, also die beim Menschen übliche Dosis, die bei Berechnung der Gesamtblutmenge mit $^1/_{13}$ des Körpergewichtes dem Blut einer Anfangskonzentration von etwa 1:50000 des Mittels nach der ersten Spritze verleihen müßte. 2 und 24 Stunden nach der 1., 2., 5. und 10. Injektion wurden Blutproben entnommen und davon Serum gewonnen. Die Sera wurden unverdünnt und in abgestuften Verdünnungen (mit Bouillon) mit Hühnercholerabazillen beimpft, ebenso zum Vergleich abgestufte künstliche Verdünnungen der beiden Mittel in Bouillon.

Die Sera der intravenös behandelten Tiere zeigten zu keinem der gewählten Zeitpunkte entwicklungshemmende Eigenschaften, die Konzentration im Blut muß also, wie Tabelle 1 und unsere Kontrollen zeigten, bei Trypaflavin geringer als 1:3 Millionen, bei Gonoflavin geringer als 1:1 Million gewesen sein; eine Anreicherung findet nicht statt.

In einem zweiten gleichartigen Versuch wurde festgestellt, daß auch $^1/_2$ Stunde nach der 10. Injektion gewonnene Blutserumproben keine Entwicklungshemmung

Digitized by Google

ergaben. Auch die 10malige Injektion der 3mal größeren Menge (0,5 pro 1 kg Tier) ergab in weiteren Versuchen 2 Stunden nach der letzten Injektion beider Mittel negative Serumproben.

Die 5mal größere Dosis wurde intravenös nur im Falle des Trypaflavins (2,25 ccm auf 3000 g Tier) vertragen, das mit 1,5 ccm Gonoflavinlösung injizierte Kaninchen (Gewicht 2000 g) starb akut. Gonoflavin zeigte also eine höhere Toxizität für Kaninchen.

Der Sektionsbefund ergab, ähnlich wie das SCHIEMANN und BAUMGARTEN bei trypaflavinvergifteten Tieren beschreiben, eine starke Durchtränkung und Gelbfärbung durch den Farbstoff, besonders in der Muskulatur, ferner der Galle, der Blase und der ableitenden Harnwege.

In gleicher Weise verhielten sich die mit dem Mittel intravenös injizierten Meerschweinchen.

Auch beim Menschen konnte im Blut keine Anreicherung der Mittel nachgewiesen werden. Da nach SCHIEMANN und BAUMGARTEN normales Menschenblut zuweilen entwicklungshemmende Stoffe für Hühnercholerabazillen enthält, so habe ich mich hier der kolorimetrischen Methode zur Feststellung der Konzentration der Farbstoffe bedient.

4 Pat. mit frischer Gonorrhoe wurden aus der großen Zahl der an unserer Klinik mit Akridinfarbstoffen behandelten Patienten ausgesucht und je 2 mit Gonoflavin und 2 mit Trypaflavin behandelt. Sie erhielten 10mal alle 48 Stunden 5 ccm der 2%igen Lösung. An dem 1., 4. und 10. Behandlungstage wurde ihnen nach 2 und 24 Stunden post injektionem Blut abgenommen.

Schon vor der Behandlung mit der 1. Injektion wurde Blut abgenommen und mit den hieraus gewonnenen Sera eine Verdünnung 1:3 (1 Teil 2%ige Lösung des Gonoflavins bzw. Trypaflavins + 2 Teile Serum) der Mittel = 1:50 der reinen Substanzen hergestellt, die dann weiter fallend 1:10 = 1:500, 1:30 = 1:1500 usw. mit Kochsalzlösung verdünnt wurden. Von den Serumproben nach der Behandlung wurden ebenfalls fallende Verdünnungen 1:3, 1:10 usw. mit Kochsalzlösung angesetzt. Es zeigte sich, daß regelmäßig bei den künstlichen Verdünnungen des Trypaflavins sowie des Gonoflavins die Verdünnung 1:1 Million (= 1:50 Millionen der Substanz) noch Fluoreszenz, die 3mal schwächere Verdünnung keine Fluoreszenz mehr ergab.

Gleichzeitig mit dem Blut wurde auch der Urin der Patienten kolorimetrisch 2 und 24 Stunden post inj. untersucht. Die Patienten wurden angewiesen, erst nach 2 Stunden post inj. Urin zu lassen.

Die kolorimetrische Methode ergab nun regelmäßig im Urin eine fast dreifach höhere Konzentration wie im Blut. Die Entnahme nach 48 Stunden ergab zehnmal kleinere Werte nach 2 Stunden.

Die Verdünnungsgrenze, bei der keine Fluoreszenz mehr sichtbar war, war

im Blut	nach	2 Std.	1:1000,	entspr.	der	Konzentrat.	1: 150000	des	unverdünnt. Blutes
„ „	„	24 „	1: 100,	„	„	„	1:1500000	„	„ „
„ Urin	„	2 „	1:3000,	„	„	„	1: 50000	„	„ Urins
„ „	„	24 „	1: 300,	„	„	„	1: 500000	„	„ „

Es zeigt sich also zwar keine Anreicherung im Laufe der Behandlung, sondern ein jedesmaliges rasches Absinken der Blutkonzentration; immerhin dürften die gefundenen Werte hoch genug sein, um einen entwicklungshemmenden Effekt auf ins Blut gelangte Keime auszuüben. Ob das Blut allerdings noch bei Durchtränkung der Gewebe genügend Desinfiziens abgeben kann, um dort eine antibakterielle Wirkung zu entfalten, erscheint zweifelhaft. Dagegen liegt die Möglichkeit vor, daß der höher konzentrierte Urin, der ja — beim Manne wenigstens — an den Ort der Infektion gelangt, eine solche Wirkung ausübt. Da hier wohl in

Digitized by Google

erster Linie an eine abtötende Wirkung gedacht werden muß, habe ich noch einen Abtötungsversuch mit Gonoflavin (Trypaflavin wurde nicht untersucht) im Reagenzglase und einige Versuche an der mit Gonokokken infizierten Konjunktiva des Kaninchens ausgeführt.

Tabelle 2 zeigt das Ergebnis der Reagenzglasversuche.

Tabelle 2. Prüfung der Abtötung von Gonokokken im menschlichen Serum. Volumen 4 ccm, Einsaat 1 Öse Blutagarkultur

Zeit	Endverdünnungen				Kontrolle
	10000	30000	100000	300000	
5 Min.	0	(+)	+	×	Dick bewachsen
10 Min.	0	0	+	×	Dick bewachsen
30 Min.	0	0	0	×	Dick bewachsen
1 Std.	0	0	0	×	Dick bewachsen

Abgestufte Verdünnungen des Gonoflavins wurden in je 4 ccm aktivem normalen Menschenserum hergestellt, das durch vorherige 24stündige Bebrütung bei 37° auf Sterilität geprüft war. Die Einsaat war 1 Tropfen einer Aufschwemmung von 10 Ösen 48stündiger Gonokokkenkultur auf Blutagar in 0,5 ccm NaCl-Lösung, also etwa 1 Öse Kultur. Die Röhrchen wurden nach der Einsaat 15 Min. im Wasserbad bei 37° gehalten, darauf in den Brutschrank gebracht. Nach 5, 10, 30 und 60 Min. wurde aus jedem Versuchsröhrchen ein Tropfen entnommen, den ich über die Oberfläche eines Aszitesagarröhrchens laufen ließ. Die Kontrolle in normalem menschlichen Serum mit derselben Einsaat wurde in derselben Weise geprüft.

Es ergibt sich also, daß Gonoflavin in menschlichem Serum nach 5 Minuten in einer Konzentration von 1 : 10000, nach 30 Minuten in der Konzentration 1 : 100000 abtötend wirkt.

Tabelle 3 zeigt die Versuche am Kaninchenauge.

Tabelle 3. Prüfung der Abtötung von Gonokokken auf der Konjunktiva des Kaninchens. Einsaat 2 Ösen. Behandlung 5 Min. nach der Infektion. Rechtes Auge mit Gonoflavin, linkes Auge mit NaCl-Lösung behandelt

Zeit	Kaninchen I 1 : 500		Kaninchen II 1 : 1000		Kaninchen III 1 : 3000		Kaninchen IV 1 : 5000		Kaninchen V 1 : 10000		Kaninchen VI 1 : 50000	
	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links
10 Min.	0	✚	0	Proteus	Proteus	Proteus	+	+	✚	Proteus	✚	✚
30 Min.	0	×	0	über 100	0	+	10	+	0	×	8—10	50
1 Std.	0	+	Proteus	+	0	Proteus	0	40—50	0	+	0	0
2 Std.	0	10—20	0	10—20	0	50—60	0	0	0	20—30	0	0
24 Std.	0	5—10	0	3—4	0	0	0	0	0	0		

Zeichenerklärung: ✚ = Rasen, × = weit über 1000 Kolonien, + = 100 Kolonien, einzelne Kolonien werden gezählt.

6 Kaninchen erhielten nach Infektion beider Augen durch Einträufeln einer Aufschwemmung von 24stündigen Gonokokkenkulturen, die 2 Ösen in 1 Tropfen enthielt, nach 5 Minuten in das rechte Auge eine Gonoflavinlösung von bestimmter, für die einzelnen Tiere verschiedener Konzentration, in das linke Auge einen Tropfen NaCl-Lösung. Nach 10 Min., 30 Min., 1 Stunde, 2 Stunden und 24 Stunden wurde aus jedem Auge mit einer Öse Sekret, besonders von der Karunkel, entnommen und auf Blutagarplatte ausgestrichen.

Digitized by Google

Es wurden 2 Versuche an 2 verschiedenen Tagen mit je 3 Tieren ausgeführt, die hier in einer Tabelle zusammengezogen sind. Nur in einzelnen Fällen war die Beurteilung durch verunreinigende Keime (Proteus) gestört, in der Mehrzahl der Fälle lagen Reinkulturen, bezw. sterile Platten vor.

Da die normale Konjunktiva des Kaninchens bereits starke bakterizide Eigenschaften für Gonokokken besitzt, so mußte eine größere Einsaat (1—2 Ösen) vorgenommen werden. Wie die Kontrollen zeigen, ist die Widerstandsfähigkeit der normalen Schleimhäute der Kaninchen gegen Gonokokken verschieden groß. Während im Auge des Kaninchens VI nach einer Stunde schon sämtliche Keime abgetötet sind, haben andere zu dieser Zeit noch z. T. reichlich Gonokokken, von Kaninchen I und II konnten sie sogar noch nach 24 Stunden gezüchtet werden.

Trotzdem sind die Unterschiede zwischen Kontrollauge und Versuchsauge so deutlich, daß auf eine stark abtötende Wirkung auch auf der lebenden Schleimhaut geschlossen werden kann.

Die Abtötung im Kaninchenauge kam bei 1 : 1000 nach 10 Minuten, bei 1 : 10000 nach 30 Minuten zustande, bei der Verdünnung 1 : 50000 fand sie nach 1 Stunde statt.

Dabei muß aber bedacht werden, daß die betreffenden Konzentrationen in der Tränenflüssigkeit eines Auges noch stärkere Verdünnungen ergeben.

Es ist wohl anzunehmen, daß die Durchspülung der Harnröhre mit der Konzentration 1 : 50000 Gonoflavin in erster Linie für Heilerfolge verantwortlich gemacht werden muß.

Zusammenfassung

1. Das Gonoflavin zeigte in meinen Versuchen bei größerer Toxizität etwas geringere entwicklungshemmende Eigenschaften für Gonokokken als Trypaflavin.

2. Eine Anreicherung im Blut findet auch bei wiederholter intravenöser Injektion weder beim Kaninchen noch beim Menschen statt. Die Verteilung im Organismus ist bei beiden Mitteln die gleiche.

3. Die Konzentration des Gonoflavins und Trypaflavins im Blut sinkt sehr schnell (½ Stunde), während sie im Urin sehr schnell (2 Stunden) auf die dreifach höhere Konzentration ansteigt.

4. Die bakteriziden Eigenschaften des Gonoflavins im Reagenzglas wie auch auf der lebenden Schleimhaut sind sehr bedeutend, so daß ein Tropfen einer Konzentration 1 : 1000 in 10 Minuten ein mit Gonokokken infiziertes Kaninchenauge sterilisiert.

5. Es wird angenommen, daß die klinischen Heilerfolge der intravenösen Gonoflavinbehandlung auf der antiseptischen Durchspülung der männlichen Harnröhre mit dem im Urin angereicherten Mittel beruht.

Literatur

1. Buschke und Loewenstein, D. m. W., 1928, H. 2. — Cohn, A., Derm. W., 1928, Bd. 52. — 3. Mayrhofer, Zur Kenntnis der Salvarsantherapie. Diss. Heidelberg 1914, zit. nach Schiemann. Zschr. f. Imm. Forschg., Bd. 12, H. 1. — 4. Neufeld und Schiemann, D. m. W., 1919, Nr. 31. — 5. Schiemann und Baumgarten, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 97, S. 247. — 6. Schiemann, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 97, H. 1, S. 280.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Virchow-Krankenhauses Berlin
(Dir. Arzt: Prof. A. Buschke)

Unsere Erfahrungen mit Spirobismol solubile

Von

Wilhelm Curth und Helene Curth-Ollendorff

Wir haben seit Februar dieses Jahres etwa 75 Fälle mit dem Wismutpräparat Spirobismol solubile behandelt. Dieses Präparat stellt eine völlig klare, orangerote, dünnflüssige, ölige Flüssigkeit dar, die unter anderem den Vorzug vor den sonst gebräuchlichen Präparaten hat, keinerlei Bodensatz zu bilden, und ohne Umschütteln verwendbar zu sein. Somit entfällt eine wichtige Quelle von Dosierungsfehlern, wie sie andere Präparate aufweisen. Ferner lassen sich ohne Verstopfungsgefahr dünne Nadeln verwenden. Das sonst ölunlösliche Wismutchininjodid ist durch Lezithinzusatz in eine ölige Lösung übergeführt worden. In 1 ccm befinden sich 0,03 g Bi, 0,075 g Jod und 0,045 g Chinin. Die Patienten erhielten jeden zweiten Tag eine intramuskuläre Injektion von 1 ccm Spirobismol solubile. Gegeben wurden im allgemeinen 20 Injektionen; irgend welche anderen antiluischen Mittel wurden gleichzeitig nicht verabfolgt. Übereinstimmend gaben sämtliche Patienten die völlige Schmerzfreiheit bei der Injektion an; nur ganz selten wurden am 1. oder 2. Tage nach den Injektionen Klagen über schmerzhafte Infiltratbildung — mit geringem objektivem Befund — geäußert. Diese Infiltrate verschwanden unter Sitzbädern und Umschlägen in 1—2 Tagen völlig; nie haben wir Abszeßbildung oder länger bestehenbleibende tastbare Infiltrate beobachtet. Merkwürdigerweise wurden Klagen (unter 75 Fällen 8mal) nur von den klinisch behandelten Patienten geäußert, während bei ambulanten Kuren nie irgend welche Beschwerden auftraten!

Unsere Fälle verteilten sich folgendermaßen: 1 Fall betraf einen seronegativen Primäraffekt mit reichlich Spirochäten. Nach 3 Injektionen waren die Erreger geschwunden. Die WR blieb negativ. 41 Fälle hatten frische sekundäre floride Erscheinungen, wie Roseolen, makulopapulöse Exantheme, Psoriasis palmaris et plantaris, Plaques auf Schleimhäuten, Papeln am Genitale usw. Nach 3—4 Injektionen war häufig schon ein Abblassen der Exantheme zu beobachten, nässende Papeln überhäuteten sich. Nach 8—10 Injektionen waren die Exantheme bis auf geringe, zum Teil leicht pigmentierte Reste geschwunden. Ferner konnten wir beobachten, daß der luische Haarausfall schnell abnahm, und eine baldige Restitution der Haare eintrat. Ebenso gingen mehrere Omnibusalopezien prompt zurück. Die WR wurde bei den am Anfang positiv reagierenden Fällen meist gegen Ende der Kur völlig negativ, bei den übrigen blieb sie negativ. 26 Fälle von Lues latens zeigten gute Verträglichkeit der Kuren. Von den tertiärluetischen Fällen ist besonders ein Fall erwähnenswert, der wegen einer Endarteriitis obliterans

Digitized by Google

einer Zehe mit Abstoßung des Endgliedes 13 Injektionen von Bismogenol erhalten hatte. 6 Wochen nach der letzten Bismogenolinjektion trat ein Rückfall auf, der zu einer weiteren Abstoßung der Zehe zu führen schien. Unter Spirobismol solubile kam der Prozeß sehr schnell zum Stillstand und führte zu völliger Vernarbung. Bei den Fällen von Liquorlues (5) war eine günstige Beeinflussung des Liquors und zum Teil des klinischen Befundes unverkennbar. Einen Wismutsaum haben wir nie entstehen sehen, dagegen sahen wir Zylindrurien im Februar bis April (Vitaminmangel?) nach der 14. bis 16. Injektion häufiger auftreten; allerdings war der Urin dabei frei von Albumen und zeigte auch keinerlei sonstige Zeichen einer Nierenschädigung. Das Allgemeinbefinden blieb völlig ungestört. Seit Mai sehen wir diese Wismutzylinder nur noch bei unterernährten oder geschwächten Individuen zuweilen auftreten. Eine Patientin, die nach Bisuspen eine sehr lang anhaltende Zylindrurie mit geringer Albuminurie bekommen hatte, vertrug nach Verschwinden der Zylinder das Spirobismol solubile völlig reizlos.

Zusammenfassend möchten wir sagen, daß Spirobismol solubile ein gut verträgliches, leicht anwendbares, gut wirksames, für alle Stadien der Syphilis verwendbares Wismutpräparat darstellt, das keinerlei unangenehme Nebenwirkungen aufweist. Allerdings möchten wir wegen der Kürze der Beobachtungszeit (5 Monate) ein endgültiges Urteil über die Dauerwirkung noch nicht abgeben.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses Berlin
(Dirigierender Arzt: Prof. A. Buschke)

Über Befunde von Pilzen der Gattung Dematiaceae bei oberflächlichen Hautaffektionen

Von

A. Joseph

In der Mehrzahl der Fälle, bei denen aus erkrankten Hautbezirken Schimmelpilze isoliert werden, handelt es sich zweifellos um sekundäre Ansiedlung ubiquitärer Schmarotzer, die auch auf normaler Haut in erheblichem Umfange vorkommen (Hanawa, Clamann u. a.). Wenn Selenew so weit ging, anzunehmen, daß verschiedenartige Hautveränderungen wie Knötchen, Bläschen, Pusteln durch Schimmelpilze verursacht werden könnten, so dürften die gewöhnlichen Schimmelpilze bzw. deren Stoffwechselprodukte nur hin und wieder für die Chronizität entzündlicher Hautprozesse verantwortlich zu machen sein (Niethe). Allerdings sind eine Reihe von Schimmelpilzen als sicher pathogen bekannt und — im Verhältnis zu ihrer Verbreitung aber recht selten — bei Erkrankungen von Organen, die mit der Außenwelt in Verbindung stehen (Ohr, Atmungswege, Nase und Nasenrachenraum, Kornea) nachgewiesen worden, nicht zuletzt bei Hautaffektionen. Die meisten derartigen Beobachtungen betrafen gummöse oder geschwürige Bildungen (Roger-Menard, Guégen, Hodara und Behdjet, Leszinski und Epler, Spillmann und Lasseur).

Digitized by Google

Die in der Dermatopathologie angetroffenen Schimmelpilze gehören in erster Linie den Familien Mucoraceae, Aspergillaceae und Penicillium an. Von diesen haben wir bei jahrelanger systematischer Untersuchung der pilzverdächtigen Hauterkrankungen auf unserer Abteilung nur gelegentlich Asp. nigricans und Asp. flavescens auffinden können, sehr häufig dagegen gewöhnliche Schimmelpilze (Asp. glaucus, fumigatus, Mukorarten), denen keine pathogenetische Bedeutung beizulegen ist. Im folgenden sollen nun einige Fälle ekzematöser Hautleiden mitgeteilt werden, bei denen Schimmelpilze der Formfamilie Dematiaceae festgestellt wurden, die mit großer Wahrscheinlichkeit als Ursache der betreffenden Affektionen anzusprechen sind[1]).

In der ersten Beobachtung handelte es sich um einen 13jähr. Burschen, der seit 8 Monaten an Hautausschlag litt, der von den Händen ausgegangen war. An beiden Handrücken sowie am linken Ellenbogen bestanden hellrote, durchschnittlich kleinfingernagelgroße, zu größeren Plaques konfluierte Herde, stellenweise schuppend, an anderen Stellen exkoriiert bzw. mit Krusten bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte keine sicheren Pilzelemente, dagegen entwickelten sich nach Verimpfung der Hautschuppen auf Maltoseagar nach etwa 8 Tagen graubräunliche trockene Kolonien, die bei langsamem Wachstum allmählich blattförmiges Aussehen und kakaoähnliche Färbung annahmen und locker dem Nährboden anhafteten. In Ausstrichen aus der Kultur fanden sich unseptierte, verschieden lange, meist schmutzig-grünlich gefärbte Myzelien, die mitunter feine lichtbrechende Einlagerungen und z. T. an den Enden bzw. seitlich ansitzend rundliche, seltener eiförmige Sporen von durchschnittlich 4 μ Größe aufwiesen; solche fanden sich auch freiliegend oder zu kurzen Ketten vereinigt. Züchtung im hängenden Tropfen ergab längere Sporenketten sowie in Haufen liegende Sporen, ferner kugelige Auftreibungen im Verlauf der Myzelfäden; nach 3—4tägigem Wachstum kam es zur Bildung bis 40 μ im Durchmesser großer, dunkel gefärbter Zygosporen. Nach seinem kulturellen und mikroskopischen Verhalten dürfte der Pilz als Catenularia fuliginea (SAITO) zu bezeichnen sein.

Im Tierversuch (Maus) erwies sich der Pilz bei intraperitonealer Einverleibung als harmlos, intravenöse Injektion führte bei 2 von 4 Tieren zum Tode innerhalb 24 Stunden ohne wahrnehmbare Veränderungen. Intrakutane Einspritzung rief in 2—3 Tagen halberbsengroße Abszesse hervor, in denen der Erreger in Reinkultur nachweisbar war (Einreiben in skarifizierte Hautstellen ohne Erfolg). Nachdem somit die geringe Tierpathogenität des Erregers festgestellt war, wurden Inokulationsversuche am Menschen vorgenommen, indem eine geringe Menge Aufschwemmung auf oberflächlich (mit Sandpapier) erodierte Hautbezirke aufgetragen wurde. Bei 2 der 4 Fälle (ältere hautgesunde Kinder) entwickelte sich nach 2 Tagen an der Impfstelle mäßige Rötung und Schuppung, bei den anderen trat nur flüchtige Rötung auf wie auch an den Kontrollstellen (mit phys. Kochsalzlösung). In allen Fällen ließ sich jedoch noch nach 6 Tagen der Pilz in Hautschuppen mikroskopisch — hauptsächlich in Form von Myzelien — und kulturell nachweisen. — In einer weiteren Beobachtung, die ein 8jähr. Mädchen mit scheibenförmigen schuppenden Herden in der Lendengegend betraf, wurde durch Züchtung der gleiche Erreger in Reinkultur festgestellt, nachdem Untersuchung im Nativpräparat unterblieben war.

Obschon der mikroskopische Nachweis des Pilzes in den primären Hautläsionen nicht erbracht ist, so ist ihm doch wohl — zumindest als Mischinfektion — eine pathogene Rolle zuzuschreiben, wofür auch die

---

[1]) Nach Mitteilung OTAS sind als Erreger von Dermatosen schon mehrere Arten von Cladosporium und dem verwandten Hormodendron beschrieben: Cladosporium Mansoni (CASTELLANI, 1908), C. penicilloides PREUSS (1848), C. madagascariense VERDUN, 1912, C. Wernecki HORTA, 1921 sowie Hormodendron Fontoynonti LANGERON, 1918.

Digitized by Google

Haftfähigkeit spricht[1]). Ob er verwandtschaftliche Beziehung hat zu dem von BR. BLOCH aus sporotrichoseartigen Herden der Hände und Ellbogen (Kladiose) isolierten Skopulariopsis — der nach PLAUT besser als Catenularia zu bezeichnen wäre (ähnlicher Fall von JANNIN) —, muß dahingestellt bleiben.

Ein weiterer Pilz derselben Gattung wurde von einer bei einem 31jähr. Manne am Oberarm bestehenden halbkreisförmigen, 7 cm langen, bräunlichroten, schuppenden Hautveränderung gewonnen. Während in den Hautschuppen Pilzelemente nicht mit genügender Sicherheit festgestellt werden konnten, ergab Züchtung auf Maltoseagar Wachstum knopfförmiger Kolonien von graubläulichem Farbton mit wolligem Überzug, nach dessen Entfernung tiefschwarze Färbung zeigend, ähnlich dem kulturellen Verhalten von Haplographia. Subkulturen wiesen an der Peripherie weißliche strahlige Ausläufer auf. Mikroskopische Untersuchung zeigte teils hyaline, teils grünlich gefärbte Fäden von 2—3 μ Breite sowie zahlreiche teils rundliche, teils mehr eiförmige Sporen von durchschnittlich 2:3 μ Größe. In der feuchten Kammer fand sich bei Beobachtung nach 1—4 Tagen nur Wachstum einzeln und in Haufen liegender Sporen, öfter doppeltkonturiert, mitunter kurze Ketten bildend, darunter vereinzelt sprossende Zellen. Daneben war ein nicht sehr reichliches Myzel vorhanden, bestehend aus wenig verzweigten, unseptierten und septierten Fäden mit schmutzig-grünlich gefärbten Wänden; seitlich bzw. endständig ansitzend Gruppen von 3 und mehr Sporen, während eigentliche Konidienträger nicht erkennbar waren.

Der Pilz dürfte demnach in die Unterabteilung Chalareae einzureihen sein.

Die tierpathogene Wirkung war (wie es bei den meisten Schimmelpilzen der Fall ist) ebenfalls gering: intraperitoneale Einspritzung war erfolglos (bei Tötung der Mäuse nach 2—3 Wochen keine nachweisbaren Veränderungen), intradermale Injektion rief nach 2—3 Tagen eben tastbare, spontan abheilende Infiltrate hervor. Inokulation beim Menschen führte in einem Fall (Kind mit konstitutionellem Ekzem) zu Bildung hellroter, über stecknadelkopfgroßer Knötchen im Bereich der Impfstelle, bei 2 weiteren (ältere hautgesunde Kinder) trat nur Rötung und geringfügige Schuppung auf. In allen Fällen war der Pilz noch nach mehreren Tagen in Hautschuppen mikroskopisch und kulturell nachweisbar.

Literatur

ENGLER-PRANTL, Die natürlichen Pflanzenfamilien, 1900, 1. Teil. — GRÜTZ, O., Die Hyphenpilze oder Eumyzeten im „Handbuch d. path. Mikroorgan". 1927, 3. Aufl., Bd. 5. — NIETHE, U., Arch. f. Derm., 1927, 152, 358. — LINDNER, P., Atlas der mikr. Grundlagen des Gärungsgewerbes, Berlin 1927, Bd. 1.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses Berlin
(Dirigierender Arzt: Prof. A. BUSCHKE)

Differentialdiagnostische Betrachtung über Blut- und Liquorbefunde bei Hirntumor und Hirnlues

Von

LUDWIG LOEWENSTEIN

Im März d. J. führte der klinische Verlauf des folgenden komplizierten Krankheitsbildes in unserem Krankenhause zu einer Reihe von Täuschungen:

---

[1]) W. FISCHER konnte ihn an der BUSCHKEschen Klinik bei einer ekzematösen Erkrankung der Hände eines jungen Studenten nachweisen (persönliche Mitteilung).

Digitized by Google

45jähr. Patientin, angeblich stets gesund, plötzlich erkrankt. Am 10. III. Sehstörungen, unfähig zur Arbeit, ohne eine Erklärung dafür. 19. III. Einlieferung ohne Temperatur auf der chirurg. Abtlg. (Prof. MÜHSAM)[1]), 65 Puls. Innere Organe o. B. Erste kurze neurologische Untersuchung (Prof. SIMONS): euphorisch, hypomanisch und anscheinend optisch amnestisch. Die erschwerte Wortfindung sei ihr selbst aufgefallen. Sonst nur gesteigerte Reflexe ohne sichere Differenz. Beiderseits Stauungspapille.

21. III. WR im Blut ++++/MTR —. Liquor: WR —, Nonne ±, Pandy +, Zellen ±, Mastix 32210 (Bakt. Institut).

24. III. Benommenheit ohne Erbrechen. Differente, lichtstarre bzw. kaum reagierende Pupillen, stark gesteigerte Reflexe, beiderseits Fußklonus. Parese der linken Hand.

26. III. WR im Blut ++++/MTR — (Bakt. Institut).

27. III. Klarer, aber noch stark benommen, Pupillen lichtstarr. L. Auge in Divergenzstellung, kein Nystagmus, Kornealreflex l. schwächer als r. Übrige V, VII, XII frei. Beiderseits Fußklonus, kein spastischer Reflex. Anscheinend keine Paresen, Sprache nicht genauer zu prüfen, ebensowenig auf Praxie und Hemianopsie. Rechts Kernig.

28. III. Pupillenstarre nur r. Im Röntgenbild Sella-Destruktion. Diagnose: Tumor l. Stirnhirn.

29. III. WR positiv (Robert-Koch-Institut). Liquor: WR ++, Nonne ±, Pandy +, Zellen ±, Mastix 22210 (Bakt. Institut). In Anbetracht des Blut- und Liquorbefundes Annahme einer Hirnlues. Beginn einer Hg-Inunktions- und Kalomelkur und Darreichung von J.K. Darauf eklatante Besserung (Abtlg. Prof. BUSCHKE).

2. IV. Pupillen: beiderseits etwas träge Reaktion.

15. IV. Kollaps, Temperatur 39,5°. Pupillenreaktionen wechseln täglich.

25. IV. Liquor: WR —, Nonne —, Pandy —, Zellen —, Mastix 000000, Goldsol 0000000000, Müller-Ballungsreaktion im Blut —, WR —/MTR — (St 27/RVK), Verschlechterung des Visus, beginnende Optikusatrophie.

27. IV. Trepanation über dem linken Schläfenlappen (Prof. MÜHSAM). Tumor bei der Operation nicht gefunden.

1. V. Exitus letalis.

Sektion: Für Lues kein Anhalt. An der Basis des l. Okzipitallappens ein apfelgroßes Psammoendotheliom von der Dura ausgehend.

Unsere Diagnose auf Lues als Grundlage für den im Gehirn spielenden Prozeß stützte sich trotz Fehlens venerischer Infektion in der Anamnese 1. auf den dreimal hintereinander stark positiven Ausfall der WR im Blut, 2. auf den Liquorbefund, 3. auf den starken Wechsel im Symptomenbild dieser Erkrankung. Sodann bestärkte die anfangs auffallende Besserung auf die spezifische Therapie noch unsere Diagnose. Was zunächst die WR im Blut betrifft, so geht man jedenfalls nicht fehl, wenn man ihr positives Resultat in diesem Falle, da eine spezifische Organschädigung nicht vorlag (bei der Sektion wurden syphilisverdächtige Veränderungen nicht gefunden), auf jene Lipoidmengen bezieht, die aus der geschädigten Gehirnmasse frei wurden. BITTDORF, SCHIDERSKY und SACHS haben auf experimentellem Wege bewiesen, daß der Untergang lipoidreicher Organe tatsächlich imstande ist, eine Hemmung der Hämolyse zu erzeugen. Wie weit für unseren Fall jene mutmaßlichen Hemmungskörper in Frage kommen, die nach den Untersuchungen von JACOBSTHAL und vor ihm PAPPENHEIM durch Leukozytenzerfall frei werden, lasse ich dahingestellt. Die positive WR im Liquor spricht nach CASSIRER durchaus für Lues. Aber auch ihm sowie A. SIMONS (münd-

[1]) Ich spreche Herrn Prof. MÜHSAM für Überlassung des Falles und Herrn Prof. A. SIMONS für Überlassung des neurologischen Befundes meinen besten Dank aus.

Digitized by Google

liche Mitteilung) sind einige Ausnahmen von dieser Regel bekannt, indem einige Male ein offenbar unspezifischer WR des Liquor bei Tumor gefunden wurde (LOTMAR, STERN, ZONDEK).

Dann zur Frage der Zellen im Lumbalpunktat. LERY, LEWKOWICZ und andere Autoren haben zwar auch in der Lumbalflüssigkeit Gesunder Lymphozyten gefunden, aber WIDAL widerspricht dem, indem er behauptet, daß solche Befunde immer wenigstens ein Zeichen chronisch entzündlicher Vorgänge bedeuten, und andere Autoren (SICARD, RAVAUT, BABINSKI, NAGEOTTE) sind der Ansicht, daß der Zellbefund im Liquor die Diagnose Lues unterstützen. Auch CASSIRER glaubt, daß der Zellgehalt des Liquor bei der Differentialdiagnose von Tumor und Lues cerebri von ausschlaggebender Bedeutung ist, allerdings gibt er zu, daß Ausnahmen vorkommen. FRIEDMANN z. B. beschreibt einen Fall, wo trotz Zell- und Globulinvermehrung im Liquor nicht Lues, sondern ein Tumor in der hinteren Schädelgrube festgestellt wurde.

Was nun den auf Lues hindeutenden Befund der Mastixkurve angeht, so habe ich, soweit ich die Literatur überblicke, bei Tumoren keine Beispiele mit einer solchen Linksausflockung wie in unserem Falle gefunden. Es liegt uns fern, den großen diagnostischen Wert gerade der Mastixuntersuchung anzuzweifeln. So gut es vereinzelte Fälle in der Literatur gibt, in denen der positive Ausfall der WR im Liquor nicht auf Lues zurückgeführt werden konnte, so ist natürlich auch eine gelegentliche Schwankung im Resultat der Mastixreaktion möglich, da vorübergehende positive Kolloidreaktionen sowie Eiweiß- und Zellvermehrung bei einem großen Teil der Hirntumoren momentane entzündliche Erscheinungen oder kleinste Blutungen an den Meningen diesen Befund vortäuschen können. In unserem Falle wird man um so mehr daran denken müssen, als im dritten Lumbalpunktat (Station 27, R.-V.-K.) keinerlei Veränderungen im Liquor festgestellt und auch bei der Sektion keine Entzündungsprozesse mehr gefunden wurden. Daß gelegentlich auch Linksverschiebungen bei anderen Kolloidreaktionen (GOLDSOL) bei Tumoren vorkommen, erwähnen EMANUEL und ROSENFELD.

Der auffallende Wechsel der klinischen Symptome, der heute völlige Pupillenstarre, am nächsten Tage einseitige Reaktion und tags darauf wieder andere neurologische Befunde ergab, läßt sich vielleicht durch den histologischen Befund erklären. Es handelte sich um ein Psammoendotheliom, das in unserem Falle ganz besonders stark mit Gefäßen durchsetzt war. Daß der verschiedene Füllungsgrad eine gelegentliche Vergrößerung des Tumor und somit auch Veränderungen im klinischen Symptomenbild bewirkt haben kann, ist sehr naheliegend.

Bezüglich der von uns eingeleiteten antiluischen Therapie verweise ich auf die Ansicht CASSIRERS, der nicht genug hervorheben kann, daß schon ein leiser Verdacht auf den syphilitischen Ursprung der Gehirnerkrankung nicht nur die Berechtigung gibt, sondern sogar dringend dazu auffordert, ein antisyphilitisches Verfahren einzuschlagen. Wenn auch durch solche spezifische Therapie weitgehende Besserungen und Intermissionen bei nichtsyphilitischen Tumoren eintreten, so lag bei unserem Fall in Anbetracht der übrigen Befunde zunächst gar kein zwingender Grund vor, die Diagnose Lues fallen zu lassen.

Digitized by Google

Zusammenfassend läßt sich zu dem vorliegenden Fall sagen, daß es sich um einen Hirntumor handelte, bei dem der positive Ausfall der WR und der für Lues sprechende Befund des Liquor sowie ein großer Teil der klinischen Erscheinungen die Therapie in falsche Bahnen geleitet hat.

Das Symptom der stärker werdenden Stauungspapille allein hätte allerdings an der Diagnose Lues Zweifel erwecken müssen, jedoch haben wir uns allzusehr vom Ausfall der Liquoruntersuchung leiten lassen. So sehr auch in jedem zweifelhaften Falle der Lumbalbefund eine Förderung und Unterstützung der Diagnostik bedeutet, so sollte allein die Klinik des Falles ausschlaggebend in seiner Beurteilung sein.

Literatur

A. BITTDORF, B. kl. W., 1912, Nr. 42. — BRUCK, Serodiagnose der Syphilis. Springer 1924. — CASSIRER, Tumor cerebri. Lehrbuch der Nervenkrkh. Karger 1923. — EMANUEL und ROSENFELD, D. m. W., 1927, Nr. 48. — FRIEDMANN, Arch. of nerv. and psych. V. — GOLDSTEIN, Erkrankungen d. Nervensystems (MOHR und STAEHELIN). Springer 1925. — LOTMAR, Schweiz. m. W., 1921. — NONNE, Syphilis u. Nervensystem. Karger 1921. — H. OPPENHEIM, Lehrbuch der Nervenkrkh. Karger 1923. — H. SACHS, M. m. W., 1909. — H. SCHIDERSKY, B. kl. W., 1911, Nr. 48. — F. STERN, Schweiz. m. W., 1921. — H. ZONDEK, D. m. W., 1915, Nr. 19.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

e. Therapie

Stomatites ulcéro-membraneuses (notamment stomatite mercurielle et bismuthique) (Ulzerös-membranöse Stomatitiden, besonders Quecksilber- und Wismut-Stomatitis), von Ch. Ruppe. (Gaz. des hôp., 1928, Nr. 31, S. 549—552; Nr. 33, S. 589—594.) Im allgemeinen ist die ulzerös-membranöse Stomatitis eine gutartige Erkrankung; schwerere Komplikationen (Hämorrhagien, Nekrosen, Perforationen des Gaumens, Adenitiden, Septikämien) können eine Folge der fusospirillären Symbiose oder einer sekundären bakteriellen Infektion sein. Die charakteristische Erscheinung der Erkrankung, eine dicke, verhältnismäßig locker anhaftende Membran auf einer darunterliegenden Ulzeration, ist differentialdiagnostisch von der diphtherischen Pseudomembran, diphtheroiden Stomatitiden infolge von Staphylokokken, der aphthösen und herpetischen Stomatitis zu unterscheiden. Die Quecksilberstomatitis ist eine toxisch-infektiöse; sie kann akut oder subakut (bei medikamentöser Zufuhr, in verschieden starker Form) oder chronisch (bei gewerblicher Intoxikation) auftreten. Der Wismutstomatitis gehen Pigmentierungen am Zahnrand, Lippen-, Wangenschleimhaut, Zunge voraus. Auf ihnen entwickeln sich die Ulzerationen, die im allgemeinen mäßigen Grades sind; es fehlen Zeichen einer Intoxikation (nur Polyurie). Stomatitiden können auch durch andere Medikamente verursacht werden, Folge von Autointoxikationen, Blutkrankheiten oder örtlich bedingt sein. Die Behandlung soll besonders vorbeugend sein (Mundhygiene). Gegen die fusospirilläre Assoziation werden Methylenblau und Salvarsan, gegen den Wismutsaum feine Skarifikationen mit nachfolgender Anwendung von Trichloressigsäure empfohlen.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Eine zweckmäßige Darreichungsform von Jodkali bei Behandlung luetischer Affektionen, von Lucke-Berlin. (Fortschr. d. Ther., 1928, H. 3, S. 88.) Empfehlung der Gelodurate (Pohl) mit Kalium jodatum. Keine Magenstörungen. Erscheinungen von Jodismus sehr gemildert. Exakte Dosierung. Zweckmäßige Zusammenstellung bieten die Gelodurate mit Quecksilberjodid-Jodkalium unter dem Namen Gelokal.
B. Peiser-Berlin.

Allgemeine und spezielle Betrachtungen über Salvarsan und Wismut bei Behandlung der Syphilis, von v. Kolkow-Brandenburg (Havel). (M. Kl., 1928, Nr. 13, S. 503—506.) Übersichtsreferat. E. Levin-Berlin.

Action du néosalvarsan sur les éléments figurés du sang (Wirkung des Neosalvarsans auf die Formelemente des Blutes), von H. Ekerfors. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 10, S. 793—795.) Intravenöse Neosalvarsaneinspritzungen bewirkten bei Kaninchen eine ausgesprochene Thrombozytose, die schon einige Stunden nach der Einspritzung auftrat und erst nach ungefähr 20 Stunden wieder schwand. Während dieser Zeit zeigte der Grad der Steigerung mehrmalige Schwankungen. Es bestand also eine starke Anregung der Megakaryozyten des roten Knochenmarkes, von denen die Thrombozyten gebildet werden. Ob es sich um starke oder schwache Salvarsandosen handelte, machte keinen Unterschied, während die Leukozyten, deren Zahl nach starken und mittleren Dosen nicht verändert war, nach kleinsten Dosen eine einige Stunden nach der Einspritzung auftretende und am nächsten Tage wieder geschwundene Vermehrung zeigten; dabei war in einem Falle eine Vermehrung der Polynukleären, in einem anderen eine solche der Lymphozyten vorhanden, so daß es sich um Störung in der plasmatischen Zusammensetzung des Blutes handeln muß, die ihrerseits eine Änderung in der Verteilung der Leukozyten zwischen peripheren und tiefen Gefäßen und in den gegenseitigen Beziehungen der Leukozyten bewirkt. E. Levin-Berlin.

Treatment of Tabes Dorsalis by Epidural Injections of Neoarsphenamine (Preliminary Report) (Behandlung der Tabes dorsalis mit Neosalvarsaninjektionen in den Subduralraum [vorläufige Mitteilung]), von G. B. Hassin-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 8, S. 605.) 40 Tabiker wurden in der Weise behandelt, daß Neosalvarsan in Dosis von 0,3 g nach vorheriger Lokalanästhesierung durch den Hiatus sacralis in den Sakralkanal; der in Verbindung mit dem Subduralraum steht, eingespritzt wurde. Diese Therapie wurde etwa 6mal in wöchentlichen Abständen unternommen. Benutzt wurde eine gewöhnliche Lumbalpunktionsnadel. Die Technik schließt sich ganz an die Methode der von deutschen Autoren ausgearbeiteten Sakralanästhesie an. Verf. ist mit den Erfolgen der Behandlung besonders bei lanzinierenden Schmerzen, Ataxie, Parästhesien sehr zufrieden. Optikusatrophie und gastrische Krisen ließen sich nicht regelmäßig beeinflussen. Die Therapie wurde im allgemeinen gut vertragen, doch hat sich auch bei 125 im ganzen gegebenen Injektionen einmal eine schwere Verletzung des untersten Sakralmarkes, die nach einigen Wochen zum Tode führte, ergeben. Hier war der Subduralraum bei der Punktion durchstoßen und das Rückenmark durch die große Salvarsanmenge, beziehungsweise die Nadel aufs schwerste geschädigt worden. Auch zwei andere Injektionen hatten nicht ganz unbedenkliche Folgen. Verf. rät, nicht tiefer als etwa 8 cm mit der Nadel vorzudringen. W. Kirschbaum-Hamburg.

Erfahrungen und Bemerkungen über das Myosalvarsan, von K. Ullmann-Wien. (Kl. W., 1928, Nr. 14, S. 650.) Zusammenfassendes Sammelreferat. Nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Versuche mit Bismogenol, von S. Michailow und Naumowa (Arbeiten der II. Moskauer Universität, Moskau 1928, Bd. 1, Nr. 2, S. 504.) Gute Wirkung des Bismogenol Tosse. A. Jordan-Moskau.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 39b (Bd. 87). 29. September 1928

Über die kondylomatoide Präkanzerose der Genitalgegend (Delbanco-Unna)

Von

Dr. H. Mühlpfordt in Allenstein

In seinem höchst lesenswerten Buch „Das Karzinom des Menschen" betont Ribbert (1), daß wir dem Werden des Karzinoms nur dann auf die Spur kommen können, wenn wir ganz junge Geschwülste beobachten und untersuchen. Deshalb ist gerade über die Präkanzerosen, als das Gebiet des entstehenden Karzinoms, ein sehr großes Schrifttum entstanden. Aber auch von den Präkanzerosen ist es bis zum typischen Karzinom oft noch ein weiter Weg, der manchmal Jahrzehnte dauert. Auch sind hier die Erscheinungsformen, wie ich (2) es für infektiöse Geschwulstbildungen schon einmal betonte, je nach dem Boden, auf dem sie wachsen, verschieden, deshalb will ich in einer Arbeit, die allein die Präkanzerose des Penis behandeln soll, nur kurz auf die in ihrer klinischen Erscheinungsform untereinander ganz verschiedenen sonstigen präkanzerösen Zustände der Haut hinweisen: den Paget, das Ulcus rodens Jacob, das Keratoma senile seborrhoic., die Bowensche Dermatose, die Seemanns- und Farmerhaut, das Xeroderma pigmentosum und die Leukoplakie.

Von diesen präkanzerösen Zuständen sind am Penis bekannt erstens als große Seltenheit der Paget, zweitens erheblich häufiger die Leukoplakie. Dazu kommt als dritte die von Delbanco (3) zuerst eingehend beschriebene Affektion, die Unna (4) dann unter dem Namen „kondylomatoide Präkanzerose der Genitalgegend" als eine besondere Form der Präkanzerosen anerkannte.

Der klassische Fall der „kondylomatoiden Präkanzerose der Genitalgegend" ist der von Delbanco-Grisson (3), nicht nur deswegen, weil man an ihm das Werden des Karzinoms klinisch deutlich im Laufe von 6 Jahren verfolgen konnte, sondern auch deshalb, weil hier das histologische Bild, dessen beginnende wahre Natur allein von Delbanco früh erkannt wurde, von erfahrenen Pathologen für absolut gutartig (spitzes Kondylom) gehalten wurde, während es mit der Zeit für jedermann sichtbar sich zum histologisch einwandfreien Karzinom entwickelte.

Als der Fall in die Hände der Verfasser kam, befand er sich längst nicht mehr im ersten Anfangsstadium. Die Affektion bestand schon 4 Jahre und war bereits kindskopfgroß und blumenkohlartig gewachsen. Dennoch bot der Tumor histologisch so wenig die Zeichen eines Karzinoms,

Digitized by Google

daß ihn der Pathologe den exzessiven spitzen Kondylomen zurechnen zu müssen glaubte, um so mehr, als sich weder in den Drüsen noch in den inneren Organen bis zum Ende Metastasen bildeten, was freilich gerade für Präkanzerosen bezeichnend ist. DELBANCO wies bereits in seiner ersten Untersuchung auf die Unruhe im Epithel hin, auf das Durcheinander der Zellen des Akanthoms, auf die stellenweise Neigung der Stachelzellen zur Erweichung, zur hyalinen Degeneration und zur Perlenbildung und sprach deshalb von beginnender Malignität. Spätere Tumorschnitte zeigten dann einen völligen Verlust der Architektur der Haut. Es bestand hochgradige Metaplasie der Stachelzellen. Vorherrschend im Bild war jetzt hyaline und keratoide Zelldegeneration mit Übergang zu Hyalin- und Hornperlen. Einzelne Epithelzapfen lagen in retikulärer Anordnung, andere waren völliger Erweichung verfallen und zeigten reichlichen Leukozytengehalt. Zahlreiche Krebszellen waren durch Leukozytenaufnahme in ihren verflüssigten Protoplasmaleib wie geschwollen und hatten ein bizarres Aussehen, andere zeigten, zusammengedrückt, spindelige Formen. Die Horndecke des Epithels fehlte fast durchweg, eine Kruste aus Fibrin und Eiter überdeckte das freie Oberflächenepithel. Mitosen fanden sich nicht sehr zahlreich. Besonders eigenartig und für den Verlauf charakteristisch ist, daß die ganze Epithelgeschwulst im Zusammenhang geblieben war. Damit hatte der riesige Krebs klinische und histologische Eigenschaften dauernd bewahrt, die bei Hautkrebsen gleicher Art nur ganz kurze Zeit bestehen zu bleiben pflegen.

Eines besonderen Hinweises scheint mir das Verhalten des Bindegewebes zu bedürfen. Das vom Epithel umrahmte Bindegewebe war reich an Plasmazellen und befand sich völlig im Stadium der chronisch-entzündlichen Reizung, einhergehend mit starker Erweiterung der Venen. An epithelfreien Stellen zeigte das Bindegewebe ganz den Charakter eines chronischen Granulationsgewebes.

Diese chronisch-entzündliche Reizung und die Gefäßvermehrung waren hier so enorm, daß DELBANCO den Eindruck gewann, sie gingen mit dem Epithelwachstum durchaus parallel. Die starke Vaskularisation in den jüngsten Entwicklungszonen von Krebsen war übrigens schon 1872 dem alten WALDEYER (5) aufgefallen, und GOLDMANN (6) bezeichnete die Blutgefäßbildung im Bindegewebe geradezu als Gradmesser der Reaktionsfähigkeit des Körpers. Der Zweck dieser Maßnahmen des Körpers ist nach DELBANCO der Versuch des Bindegewebes, das Gleichgewicht gegen den vordringenden Feind wiederherzustellen. Übrigens hat UNNA (4) schon immer die Wichtigkeit der Plasmazellenschale um die vordringenden Krebszapfen betont und sogar die Form des Karzinoms, z. B. des walzigen Basalzellenkarzinoms, durch den Widerstand des sich verdickenden Bindegewebes und seiner entzündlichen Herde erklärt. UNNA sah in der Bindegewebswucherung immer eine starke Abwehrbewegung des Organismus. Auch RIBBERT (1) hat stets die subepitheliale Entzündung als wesentliche Grundlage des Karzinoms betrachtet. Sie ist nach ihm sogar der auslösende Faktor, da die Epithelzapfen nur in kleinzellig-infiltriertes Bindegewebe vordrängen, niemals in nichtinfiltriertes. Dort, wo das Tiefenwachstum des Epithels viel eher endet als die kleinzellige Infiltration, ist seiner Meinung nach ein Gebiet, das über kurz oder lang

Digitized by Google

dem Krebs anheimfallen wird (Abbildung des Peniskarzinoms auf S. 140), während da, wo der Zellreichtum des Bindegewebes jäh abbricht, die Begrenzung des Tumorwachstums erreicht ist. Auch in den Schnitten des Grisson-Delbancoschen Falles fanden sich Stellen, wo deutlich zu erkennen war, daß der Widerstand des Bindegewebes die Zellsäulen des Epithels zur Auffaserung gebracht hatte. Dieser Bindegewebswiderstand ist am deutlichsten an der Glans penis zu erkennen. Hier liegt eine nur dünne Hautschicht eng einer derben Faszie an, und hier begann der Grisson-Delbancosche Fall. Daher der $3^1/_2$ Jahre lange Stillstand, bis der Widerstand des Bindegewebes erschöpft war. Dann setzte das vordringende Krebswachstum um so hemmungsloser ein. Delbanco schreibt: „Es hängt eben alles davon ab, wie schnell und energisch das Bindegewebe überrannt wird". Auch bei den anderen Präkanzerosen ist der Widerstand des Bindegewebes der gleiche hartnäckige; darum nannte Delbanco (7) den Fall Grisson-Delbanco „ein exzessives Höhestadium der Bowenschen Dermatosen"; bei allen Präkanzerosen findet man einen dicken Wall von Plasmazellen und Mastzellen im Bindegewebe. Am großartigsten äußert sich der Bindegewebswiderstand beim Ulcus rodens Jakob, wo dickes derbes Narbengewebe den Epithelsträngen entgegengesetzt wird, was sich schon klinisch ganz deutlich an jedem derartigen Fall erkennen läßt. Unna (4) hat dies ausführlich in seinen klassischen Arbeiten dargestellt. Deshalb gilt das Ulcus rodens als der relativ gutartigste aller Krebse. Auf dem Widerstand des Bindegewebes beruhen auch die neueren therapeutischen Versuche von Opitz, Vorländer und Jung (8): sie wollen die natürliche Abwehr des Körpers und speziell des Bindegewebes stärken. So sah Opitz auch die Wirkung der Röntgenstrahlen auf eine maligne Geschwulst als Allgemeinwirkung und spezielle Wirkung auf das Bindegewebe an: „Als direkte Folge der Bestrahlung sehen wir im Geschwulstbett eine mächtige Flüssigkeitsansammlung, Wucherung der fixen Gewebszellen, insbesondere der Histiozyten und eine lebhafte Neubildung von Kapillaren, die sich ebenso wie die vorhandenen Gefäße, strotzend mit Blut füllen. Dabei scheint nach unseren Beobachtungen die Schädigung der Krebsepithelien zweifellos den Veränderungen im Geschwulstbett zeitlich nachzufolgen"[1]). Durch seine neuen Mittel will Opitz diese Art den Tumor zu bekämpfen systematisch unterstützen, nämlich den Zell- und Blutreichtum des Bindegewebes fördern, Bindegewebsneubildung hervorrufen und so das wuchernde Epithel einengen und zur Nekrose bringen. Sehr instruktive histologische Bilder in der genannten Arbeit erläutern das. Wie richtig diese therapeutische Anschauung sein muß, zeigen viele chirurgische Operationen irgend eines kleinen Primärkarzinoms, denen, trotzdem — oder gerade weil — die Exstirpation „weit im Gesunden" stattfand, rapide und schrankenlose Metastasenbildung folgte, weil eben mit dem Gesunden auch das ganze in Abwehrstellung befindliche Bindegewebe mit entfernt worden war! Solche Fälle sind jedem Chirurgen bekannt. Man vergleiche beispielsweise den 1. und 3. Fall Schuchardts (5), wo die Leukoplakiekarzinome der Wangenschleimhaut so weit „im Gesunden" entfernt worden waren,

[1]) Von mir gesperrt. Verfasser.

Digitized by Google

als es möglich war. Die Rezidive folgten auch hier unheimlich rasch und tiefgreifend. Deshalb stehen ja heute auch schon manche Ärzte — auch Chirurgen? — auf dem Standpunkt, daß man besonders bösartige Geschwülste, z. B. Melanokarzinome, nicht anrühren soll, wodurch der unabwendbare Ausgang verzögert werden kann.

Erwähnt sei hier noch im Anschluß an Opitz' Anschauung, daß Theilhaber (9) das Auftreten des Krebses gerade im Alter damit erklärt, daß das Bindegewebe dann viel zell- und blutärmer ist als in der Jugend.

Wenn man allen diesen Zeugen für die Bedeutung der Abwehr des Bindegewebes Gehör schenkt, wird man vielleicht auch einem histologisch noch einwandfreien Bilde einer leichten Verdickung des Bindegewebes, einhergehend mit kleinzelliger Infiltration, eine Bedeutung zumessen müssen, wenn das klinische Bild von sich aus die Diagnose Malignität nahelegt. Denn wer wollte zweifeln, daß der Körper bereits auf die zartesten, uns unerkennbaren Anfänge maligner Entartung zu reagieren vermag? Vielleicht regt diese Arbeit dazu an, bei derartigen ersten Anfangsfällen Bindegewebsverdickung und -infiltration besonders mit Plasma- und Mastzellen noch aufmerksamer zu bewerten als Veränderungen im Epithel, die vielleicht erst sichtbar werden, wenn das Bindegewebe sich längst in Abwehrzustand versetzt hat. Die klinische Derbheit der Vorhaut, ein infiltrierender Prozeß an der Eichel ist vielleicht ein viel feineres Testobjekt auf drohende maligne Entartung als das histologische Bild, das uns noch bis zum Auftreten der ersten Unruhe im Epithel und der ersten Zellatypie in Sicherheit wiegt. Vergessen wir doch nicht im Zeitalter des Mikroskops das klinische Bild!

Ein weiterer wichtiger Zeuge ist hier der Fall Konjetznys (10), der — im Gegensatz zum Grisson-Delbancoschen Fall — zwar rechtzeitig genug zur Amputation kam, als daß man das schrittweise Wachsen bis zum zweifellosen Karzinom noch hätte beobachten können, der aber nach den vorliegenden Schnitten von Unna und Delbanco — entgegen der Ansicht von Konjetzny und Lubarsch (10) — als typisches papilläres keratoides Karzinom angesehen wird. Atypische Epithelwucherung, Epitheldegeneration und Nester von Granulationsgewebe mit massenhaften Plasmazellen um den wachsenden Tumor sichern nach Unna und Delbanco hier die Diagnose Karzinom.

Im Fall von Konjetzny wie von Grisson-Delbanco begann der Tumor als warzenähnliches Knötchen, das später blumenkohlartiges Aussehen annahm. Hier trat in beiden Fällen die Diagnose „exzessive spitze Kondylome" auf, die von Konjetzny dauernd aufrechterhalten wurde, im Grisson-Delbancoschen Fall aber allein von Delbanco sogleich als irrig erkannt wurde und schließlich von selbst zusammenbrach. Es gibt nun in der Literatur eine Reihe von Fällen, die ich in meiner obengenannten Arbeit (2) als Riesenkondylome bezeichnet habe, die neben exzessivem Wachstum und therapeutischer Unbeeinflußbarkeit sämtlich das gemeinsam haben, daß die histologische Untersuchung keine sicher für maligne Entartung sprechende Anzeichen aufwies.

Solche Fälle beobachteten Buschke (11) (2 Fälle), ich (2), Zuleger (12), Buschke (13), Rosenthal (14), Buschke und Löwenstein (15) (3 Fälle),

Digitized by Google

Korn (16) (2 Fälle), Frei (17), Wiese (18), Parmenter (19) und Israel (20)[1]). Über das Schicksal der Fälle von Buschke (11), Zuleger (12), Korn (16) und Frei (17) ist mir nichts bekannt geworden, von den übrigen 9 mußten 8 (= 88,9 %!) amputiert werden, und zwar teils aus klinischen Gründen [Rosenthal (14), ich (2), Wiese (18)], teils wegen des Versagens jeder anderen Therapie [Buschke (13), Buschke und Löwenstein (15), Parmenter (19)], teils wegen Umwandlung der operierten „Kondylome" in ein einwandfreies Plattenepithelkarzinom [Israel (20)].

Die Fachpathologen, soweit sie diese Fälle sahen, waren einig darin, daß es sich um einwandfreie spitze Kondylome handelte.

Ausführlichere histologische Befunde liegen leider nur von Zuleger, Parmenter, Buschke und Löwenstein, Israel und mir vor.

Zuleger berichtet: „Akanthose, Parakeratose, starke Bindegewebsvermehrung in der Kutis mit spärlicher Rundzelleninfiltration[2])", und Parmenter schreibt: „Condylomata acuminata mit kleinzelliger Infiltration und entzündlicher fibrovaskulärer Reaktion[2]) ohne Anhalt für Malignität." Im Falle Israels lautet der histologische Befund: „Mikroskopisch zeigt ein durch den größten Längendurchmesser gelegter histotopographischer Gesamtschnitt, daß die Epithelwucherung aus parallel gerichteten hohen Epithelzapfen besteht, die im allgemeinen die regelmäßige Schichtung der Epidermis mit durchgehender Basalzellenschicht und starker Verhornung (Hornperlen) zeigen. An anderen Stellen ist die Wucherung atypisch, d. h. die Schichten sind verworfen, die Richtung der Zapfen ist unregelmäßig, es finden sich degenerierte Zellen und Mitosen. Doch schließt die Wucherung gegen das unter ihr liegende Bindegewebe in gerader Linie ab, sie hat kein destruierendes Tiefenwachstum. Dieses Bindegewebe ist stark von Rundzellen durchsetzt. Diagnose: Atypische spitze Kondylome[2]). Buschke und Löwenstein beschreiben ihre Fälle ebenfalls genau: „Üppige Epithelproliferation, hypertrophische Stachelzellenschicht, Mitosen noch in der 4.—6. Epithelreihe, von der Bindegewebsschicht an gerechnet, verschiedene Tinktion der Zellen, vereinzelte geschichtete Hornperlen, rücksichtslose Wucherung der Epithelzapfen bis oder in die Corpora cavernosa und in das Gewebe der Glans. Aber überall regelmäßige Schichtenfolge, keine Zellatypien, keine Epithelzellen in den Lymphspalten. Bemerkenswert sind die großen zelligen Infiltrate aus Lymphozyten und Plasmazellen[2]), an anderer Stelle aus massenhaft polynukleären Leukozyten, hier und da zahlreiche Mastzellen. Keine Drüsenmetastasen."

Trotz diesem meines Erachtens sehr belastenden Befund und trotz dem Vordrängen der Tumormassen in die Corpora cavernosa halten die Verfasser die Tumoren doch für gutartige exzessive spitze Kondylome, obwohl sie die Möglichkeit einer späteren malignen Entartung zugeben. Ähnlich liegt die Sache im Fall Israels. Hier spricht der Befund immer von „atypischen spitzen Kondylomen", und Israel selbst unterscheidet

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Inzwischen veröffentlichte Schüller (Zbl. f. Chir., 1927, 50) einen Fall von Riesenkondylom des Anus, der histologisch als Cond. ac. imponierte und der dem Verlauf nach auch in die obige Reihe gehören dürfte. —
[2]) Von mir gesperrt. Verfasser.

Digitized by Google

diese Formen unter der Bezeichnung „karzinomähnliche spitze Kondylome" von echten Krebsen dadurch, daß diese ein kontinuierlich destruierendes Wachstum zeigen, während echte Karzinome stets diskontinuierlich destruierend wachsen.

Nach den Lehren, die uns der Grisson-Delbancosche Fall gibt, möchte ich, obwohl ich die Präparate nicht gesehen habe, allein nach der Schilderung von Buschke und Löwenstein bzw. den mikroskopischen Abbildungen Israels die 4 Fälle als sichere kondylomatoide Präkanzerosen der Genitalgegend (Delbanco-Unna) ansprechen. Darüber hinaus scheint mir schon in den angegebenen, leider sehr kurz gehaltenen histologischen Befunden von Zuleger und Parmenter die Bindegewebsvermehrung, die starke Infiltration mit Plasmazellen nach meinen oben dargelegten Ansichten über das Bindegewebe als Reaktionsgewebe bereits verdächtig auf Präkanzerosen im ersten Beginn, weil sie gleichzeitig klinisch hemmungsloses und rapides destruierendes Wachstum zeigen. Der Unterschied Israels zwischen kontinuierlich destruierend wachsenden Kondylomen und diskontinuierlich destruierend wachsenden Karzinomen erscheint mir etwas gekünstelt, da es gerade den Präkanzerosen eigentümlich ist und auch beim Grisson-Delbancoschen Lehrbeispiel zu beobachten war, daß das Wachstum bei aller Destruktion kontinuierlich bleibt. Deswegen sind sie doch Präkanzerosen, d. h. entarten mit tödlicher Sicherheit früher oder später zu Karzinomen. Indessen ihre Erkennung ist schwierig. Das beweist der kürzlich von Zimmern (21) vorgestellte Fall und das erkennt auch Gans (22) an, wenn er in dem soeben erschienenen 2. Teil seiner Histopathologie schreibt: „ob die wahren spitzen Kondylome, wie das vielfach geschieht, ebenfalls hier zu nennen sind" (er spricht von Reizen, die zum Karzinom führen) „erscheint mehr als fraglich, zumal an Hand verschiedenster Veröffentlichungen (Grisson-Delbanco u. a.) die Vorstellung gerechtfertigt erscheint, daß das, was ursprünglich als Fibroepitheliom (Ribbert) im Sinne eines spitzen Kondyloms angesprochen wurde, doch bereits ein beginnender Stachelzellenkrebs war".

Nun will ich noch meinen eigenen Fall von 1922 hier ausführlicher beschreiben:

19jähr. sehr kräftiger Jüngling, bei dem sich am Penis seit 12 Wochen (!) blumenkohlartige leicht blutende Wucherungen entwickelten, auf Grund deren er andernorts auf Lues behandelt wurde. Die verästelten Geschwulstmassen begannen an der Eichel, nahe der Urethralmündung, griffen auf Vorhaut, Penisschaft und Harnröhre über und wuchsen destruierend in das suburethrale Gewebe. Für Lues kein Anhalt. Der rapid gewachsene und mannsfaustgroß gewordene Tumor war außen mit einer jauchigen, stinkenden Absonderung bedeckt, in der sich massenhaft Refringensspirochäten und lange Stäbchen fanden. Die Leistendrüsen waren beiderseits nicht unerheblich geschwollen[1]).

Amputatio penis und Ausräumung der Leistendrüsen. Heilung. 1927: rezidivfrei.

Der histologische Befund meines Falles (Prof. Kaiserling, pathologisches Institut Königsberg) lautet: „In dem bindegewebigen Grundgewebe

[1]) Leider ist es mir nicht mehr möglich, ein Bild des Tumors zu bringen, da ich das etwas reduzierte Präparat schon 1922 dem Institute des Herrn Kaiserling-Königsberg geschenkt hatte, wo es sich noch heute in der Sammlung „Diagnostische Irrtümer" befindet.

Digitized by Google

finden sich Nester von entzündlichem Granulationsgewebe unspezifischen Charakters. Vorwiegend sind lymphoide und Plasmazellen. Plasmazellen auch in der Umgebung der Gefäße. Die beiliegende Lymphdrüse ist eine hyperplastische Drüse mit zahlreichen Keimzentren". Aus dem mir von Herrn Prof. Kaiserling bereitwilligst zur Verfügung gestellten Schnittpräparat kann ich diesen Befund nur bestätigen, darüber hinaus finde ich, daß die Gefäße vermehrt sind und die Bindegewebsschicht im ganzen erheblich verdickt ist. Im Epithel sehe ich reichliche, tief in der Stachelzellschicht liegende Mitosen; auch finden sich einzelne große Zellen mit klumpigen, wie geschwollen aussehenden Kernen, was Zieler (23) auch beim spitzen Kondylom als Zeichen maligner Entartung anspricht.

Ein so guter Kenner der Präkanzerosen wie Herr Prof. Delbanco, war so freundlich, die Präparate durchzusehen, wofür ich ihm auch hier meinen herzlichsten Dank ausspreche. Er schreibt mir: „Diese Akanthome haben von vornherein nichts mit den als spitze Kondylome bezeichneten Akanthomen zu tun. In Ihrem Fall gebe ich eine, wenn auch nur geringe und im Vergleich mit meinem Fall nur minimale Unruhe der Stachellagen zu. Konzentrische Schichtung, verschiedene Größe, Quellungen, Verflüssigungen, gelegentlich Aufhebung der Schichtung, Ausfall der verhornten Partien, das alles sieht man noch gelegentlich beim spitzen Kondylom — aber es ist sicher mehr als das normale Bild. Aber was ich ohne weiteres unterschreibe, ist hier die energische und dem vordringenden Epithel scharf folgende Offensive des Bindegewebes, welches Offensive und Defensive in der Gestalt der gut abgesetzten Infiltration auf das vordringende Epithel zeigt. Das sieht man so beim spitzen Kondylom nicht. Und nun ist es Auffassungssache, die Unruhe im Epithel einer Malignität unterzuordnen. Darum muß die Klinik ausschlaggebend bleiben, und es ist Ihre Privatsache, weil solche besonderen Akanthome infiltrierend und zerstörend wachsen und zu einem relativ benignen Stachelzellenkrebs ausarten können, zu operieren oder nicht; das Wort hat hier erst mal die Klinik. Weitere Beobachtung der klinischen Abgrenzung dieser Akanthome von echten spitzen Kondylomen, die meines Erachtens nie infiltrierend wachsen, und, wenn sie es tun, eben keine Condyl. acumin. sind, ist notwendig."

Und zur Ergänzung dieser Sätze möchte ich anführen, was Delbanco und G. W. Unna jun. (24) schreiben: „Letzten Endes beruhen alle Schwierigkeiten und Wirrungen bezüglich des Epithelioms und Karzinoms darauf, daß wir auf histolgischem Wege bisher kein Urteil darüber gewinnen können, warum anscheinend gleich aussehende Gebilde das eine Mal gleichsam den Keim der Malignität in sich tragen, das andere Mal nicht — Polymorphie und Atypie der Zellen sind da, wo von infiltrierendem Wachstum noch keine Rede ist, und andererseits weisen tief infiltrierende und destruierende Herde noch einen annähernd normalen Zelltypus auf (Bloch). Viel einfacher und sicherer ist der klinische Begriff der Malignität"[1]).

Ein vornehmer Zweck dieser Arbeit soll es sein, diesen letzten Satz zu unterstreichen. Entgegen denen, die ihre therapeutischen Entschlüsse

[1]) Von mir gesperrt. Verfasser.

Digitized by Google

nur durch das Mikroskop entschieden wissen wollen, bin ich durchaus der Meinung, daß der Arzt sich bei solchen Fällen wie den obigen Riesenkondylomen, allein vom klinischen Bilde und der klinischen Notwendigkeit leiten lassen soll. Ein histologisches: „noch kein Anhalt für Karzinom" darf meines Erachtens den Arzt, wenn wir die Lehren des verhängnisvollen Grisson-Delbancoschen Falles recht beherzigen, niemals davon abhalten, eine klinische Notwendigkeit, womöglich bis zur eintretenden Inoperabilität, zu versäumen, am allerwenigsten, wenn der mikroskopische Befund schon Stellen enthält, die bei strengem Maßstab (Bindegewebe!) immerhin schon karzinomverdächtig genannt werden können.

Die konsequente Therapie kann nur die Amputatio penis sein, so schwer dem Arzt dieser Eingriff auch fallen mag, zumal wenn es sich, wie in meinem Falle, um einen 19jährigen Jüngling handelt.

Was aber aus einem solchen Riesenkondylom werden kann, wenn nicht amputiert wird, läßt mit Deutlichkeit der Fall von Biebl (25) ahnen. Dem betreffenden Kranken war vor 21 Jahren (!) wegen spitzer Kondylome — keine Riesenkondylome — die Vorhaut entfernt worden, ein dreieckiger Lappen gesunden Präputiums war jedoch stehen geblieben. Hier hatte sich seit 3 Jahren eine große Geschwulst entwickelt. Der Penis wurde amputiert und die Leistendrüsen ausgeräumt. Wie bei der kondylomatoiden Präkanzerose der Genitalgegend fand sich in den Drüsen nichts Krebsverdächtiges, sie waren lediglich entzündlich hyperplastisch. Bei dem Tumor überraschte die Regelmäßigkeit des histologischen Bildes, besonders an einzelnen Stellen: am Penisschaft z. B. war das Epithel relativ niedrig, wenn auch plumper als bei spitzen Kondylomen, und die basale Abgrenzung gegen das stark mit Rundzellen infiltrierte Bindegewebe blieb hier überall in gutem Zusammenhang. Auch hier war, wie im Grisson-Delbancoschen Fall, das Streben nach flächenhafter Ausdehnung deutlich. Auch Biebl macht für diese Erscheinung den Widerstand des Bindegewebes verantwortlich. An anderen Stellen fand Biebl dagegen ausgeprägtes Karzinom vom Charakter des Basalzellenkrebses, woraus er die relative Gutartigkeit der Geschwulst — keine Metastasen! — ableitet.

Die Chirurgen sehen offenbar derartige Übergangsfälle von spitzen Kondylomen zum echten Karzinom häufiger. So führt Baruch (26) nicht weniger als 3 Fälle an, die nach dem klinischen und histologischen Befunde meines Erachtens als Fälle von kondylomatoider Präkanzerose der Genitalgegend aufgefaßt werden müssen. Für Baruchs Fall 4 ist neben dem für sicheres Karzinom sprechenden klinischen Bilde typisch die Dickenzunahme des Epithels, einhergehend mit Bildung von Hornperlen, bei fehlendem Vordringen von Epithelzapfen, ferner das Vorkommen zahlreicher Mitosen und kleinzelliger Infiltration im Bindegewebe. Der Fachpathologe Ponfick lehnte hier die Diagnose Krebs ab, hielt die Amputation aber nicht für einen Kunstfehler, sondern billigte sie. Baruchs Fälle 5 und 6 zeigten schwielige Verdickung größerer Strecken des inneren Präputialblattes sowie der Glans, ohne daß ein Karzinom histologisch nachweisbar war; klinisch imponierten beide Fälle als einwandfreies Karzinom. Einen weiteren Fall teilt Schumann (27) mit, bei dem nach Spaltung

Digitized by Google

der Phimose die Umgebung des Sulcus coronar. ein glänzendes narbenartiges Aussehen zeigte, das sich histologisch als Epithelverdickung in ganzer Ausdehnung ohne Zapfenbildung und Bindegewebsverdickung mit starker Zelleinlagerung erwies. Baruch zieht in Zweifel, ob bei allen diesen Fällen die ausgeführte Amputation notwendig war; nach den Lehren des Grisson-Delbancoschen Falles müssen wir heute die absolute Notwendigkeit der Amputation unbedingt bejahen und der Chirurg Biebl, der seinen Fall in etwas späterem Stadium sah als Baruch seine Fälle, fordert bezeichnenderweise sogar prinzipiell frühzeitiges radikalchirurgisches Vorgehen. Ähnlich warnt Mac Donald (28) vor halben Maßnahmen wie Röntgen und Kauterisation. (Leider hat er seinen interessanten Fall sehr oberflächlich und ohne histologische Untersuchung bearbeitet). Am furchtbarsten, möchte ich sagen, überzeugt uns aber der sehr wichtige Fall Israels, wie schädlich halbe Maßnahmen sind. Hier war das „atypische spitze Kondylom", oder sagen wir lieber die kondylomatoide Präkanzerose, lokal in dem üblichen kleinen Umfange operiert worden mit der erschütternden Folge, daß nach $^1/_2$ Jahr (!) ein auch histologisch einwandfreies Plattenepithelkarzinom rezidiviert war!!

Wenn ich also bei zwingender klinischer Notwendigkeit, gegeben durch schrankenloses und rapides destruierendes — gleichgültig ob kontinuierliches oder diskontinuierliches — Wachstum, wie z. B. in meinem eigenen Fall, vor einer Amputation auch fürderhin nicht zurückschrecke, so ist um so mehr die Ablatio der Vorhaut in jedem nur irgendwie verdächtigen Falle zu fordern, wofern der Prozeß auf sie allein beschränkt ist. Das rät auch Sáinz de Aja (29), der der Ansicht ist, daß dieser Eingriff viele verstümmelnde Operationen erspart. Meines Erachtens darf mit dieser kleinen Operation nie gewartet werden, bis auch histologisch die Indikation zum Eingriff gegeben ist. Sie kann natürlich nur dann genügen, wenn der Neubildungsprozeß ausschließlich auf ihr gelegen ist. Daß selbst eine ganz frühzeitige, nach dem histologischen Bilde völlig indikationslose Ablatio praeputii ein Karzinom nicht immer zu verhüten vermag, beweist mit erschreckender Deutlichkeit der Fall Wichmanns (30), der zirkumzidiert wurde und trotzdem 10 Jahre später eine Karzinommetastase in der Leistendrüse bekam! Das wäre vermieden worden, wenn in diesem Fall statt zirkumzidiert, amputiert worden wäre.

Wieviel mehr müßte ein klinisch so beunruhigendes Bild, wie es das hemmungslose und rapide destruierende Wachstum eines Riesenkondyloms ist, zum gründlichen therapeutischen Handeln zwingen, da man nicht vorher ohne weiteres wissen kann, ob es sich nicht schon um die kondylomatoide Präkanzerose der Genitalgegend handelt!

Literatur

1. H. Ribbert, „Das Karzinom des Menschen." Bonn 1911. — 2. H. Mühlpfordt, „Gleichzeitiges Vorkommen von spitzen Kondylomen und Warzen im Gesicht nebst Keloidbildung." Derm. W., 1927, Bd. 84, Nr. 14, S. 463, u. VII. Sitzung der Nordostdeutschen Derm. Ges. Königsberg v. 23. XI. 23, Zbl., Bd. 13, S. 133. — 3. Grisson u. E. Delbanco, „Monströser Tumor der Genitalgegend." Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 81. — 4. P. G. Unna, „Histopathologie der Hautkrankheiten." 3. Teil d. Ergbd. d. Lehrb. d. spez. pathol. Anat. v. Orth, Berlin 1894. — 5. Zit. n. K. Schuchardt, „Beiträge zur Entstehung des Karzinoms

Digitized by Google

aus chronischen entzündlichen Zuständen der Schleimhaut und Hautdecken." Sammlg. klin. Vortr. v. R. v. Volkmann, Leipzig 1885, Nr. 247. — 6. Zit. n. 21. — 7. E. Delbanco, Zur Bowenschen Krankheit. Derm. Zschr., 1925, Bd. 45, S. 134. — 8. E. Opitz, K. Vorländer u. H. Jung, Über Fortschritte in der Behandlung des Krebses." M. m. W., 1926, Bd. 38, S. 1567ff. — 9. Zit. n. 7. — 10. G. E. Konjetzny, „Über einen ungewöhnlichen Penistumor." M. Kl., 1914, Bd. 28, S. 1187 u. M. m. W., 1914, Bd. 16, S. 905. — 11. A. Buschke in Neissers stereoskopischem Atlas, 1896, zit. n. 19. — 12. Zulzger, D. derm. Ges. i. d. Tschechoslowakei v. 4. III. 23, Zbl., Bd. 9, S. 85. — 13. A. Buschke, B. derm. Ges. v. 3. VII. 23, Zbl., Bd. 10, S. 11. — 14. O. Rosenthal, B. derm. Ges. v. 3. VII. 23, Zbl., Bd. 10, S. 11. — 15. Buschke u. Löwenstein, Kl. W., 1925, Bd. 4, Nr. 36, S. 1726ff. — 16. Korn, Schles. derm. Ges. v. 6. II. 26, Zbl., Bd. 20, S. 23. — 17. Frei, Schles. derm. Ges. v. 6. II. 26, Zbl., Bd. 20. S. 23. — 18. Wiese, Nordwestd. derm. Ges. v. 18. IV. 26 in Kiel. — 19. F. J. Parmenter, „Massive Papillome of the penis resembling carcinoma." Bull. of the Buffalo Gen. Hosp., 1926, Bd. 4, Nr. 2, S. 49, Zbl., Bd. 24, S. 143. — 20. W. Israel, Vortr. a. d. Sitzg. d. Berl. Urolog. Ges. v. 29. XI. 27. — 21. Zimmern, Tag. d. Nordwestd. derm. Ver. Hamburg, 13. XII. 1927. Zbl., Bd. 26, S. 358. — 22. O. Gans, Histopathologie der Haut. 1928, Bd. 2, S. 399. — 23. Zieler, a. d. XV. Kongr. d. D. derm. Ges., Bonn, 4. bis 8. IX. 1927, Zbl., Bd. 25, H. 1/2, S. 57 u. 58. — 24. E. Delbanco u. G. W. Unna, „Die bösartigen Geschwülste der Haut" in Zweifel-Payr: „Die Klinik der bösartigen Geschwülste", 1924, Bd. 1, S. 184f. — 25. M. Biebl, „Seltene Form von Penisca." Bruns' Beitr., 1926, H. 2, S. 137. — 26. M. Baruch, „Über Fehldiagnosen des Peniskarzinoms mit spezifischer Berücksichtigung des Acanthoma callosum." Beitr. z. klin. Chir., 1915, Bd. 95, S. 221ff. — 27. Schumann, zit. n. 23. — 28. Ch. Mac Donald, „Venereal Wart Converted into a Carcinoma by Cauterization." Illin. med. J., 1921, Bd. 40, Nr. 3, S. 233. — 29. Sáinz de Aja, Actas dermosifiligraficas, 1926, Bd. 18, S. 4, Ref. Zbl., Bd. 22, S. 137/8. — 30. Wichmann, Sitzg. d. Hamb. derm. Ges. v. 27. II. 27, Zbl., Bd. 24, H. 9/10, S. 591.

Zur Chemie der Zellfärbung

VII. Mitteilung: Über nukleinsäure-, lipoidsäure- und plastinsäurefreie Zellen

Von

Josef Schumacher in Berlin

Nachdem wir früher bereits durch Behandlung mit wäßrigen Mineralsäuren und darauffolgender Behandlung mit alkoholischer Salzsäure Hefe gewinnen konnten, die sowohl ihrer Nukleinsäure als auch ihrer grampositiven und gramnegativen Lipoidsäure beraubt worden war und die dementsprechend weder eine Methylenblau-, noch eine Fuchsin- und Gramfärbung mehr gab, sich lediglich infolge ihres Gehaltes an basischem Eiweiß noch mit sauren Farben stark tingierte, sahen wir aber, daß sich diese in der vierten Phase des Abbaustadiums befindliche Hefe bei Anwendung von basischen Farbstoffen nur noch mit Viktoriablau schwach färbte.

Nun konnten wir bei anderer Gelegenheit[1]) schon zeigen, daß wir auch makrochemisch das Viktoriablau als Lipoidfärber κατ ἐξοχήν kennen lernten. Es war daher anzunehmen, daß infolge seiner außerordentlich hohen Lipoidlöslichkeit damit auch noch Lipoide und deren

[1]) Bioch. Zschr., Bd. 166, S. 214. Über das Verhalten einiger basischer Farbstoffe zu Lipoiden und Derm. W., 1924, Bd. 79, S. 1457. Ferner VIII. Mitt. Chemie d. Zelle u. Gewebe, Bd. 13, S. 433.

Digitized by Google

Eiweißverbindungen sich anzufärben vermochten, die weniger lipoidlöslichen Farbstoffen, beispielsweise Fuchsin und Gentianaviolett, nicht mehr zugängig waren.

Jedenfalls sprach für unsere Ansicht, daß nochmals irgend eine saure Substanz in den so weitgehend von sauren Körpern befreiten Hefezellen enthalten sein mußte, die Tatsache, daß sich die nukleinsäure- und gramfrei gemachten Hefezellen noch mit dem basischen Viktoriablau färbten. Dem Vorhandensein dieser sauren Substanz mußten die so vorbehandelten Hefezellen ihre Färbung mit Viktoriablau noch verdanken. Das sollte sich in der Tat bestätigen.

Wir müssen uns zunächst fragen, warum verließ denn diese Lipoidsäure der Hefe, die wir zum Unterschied von den anderen Lipoidsäuren Plastinsäure nennen wollen, in unseren früheren Versuchen mit alkoholischer Salzsäure oder Salzsäure + Äther nicht ebenfalls die Hefezellen? Die Beantwortung dieser Frage verursachte anfänglich erhebliche Mühe, wobei von der Wiedergabe von Einzelheiten abgesehen werden soll. Es gelang mir nicht bei Hydrolyse mit Salzsäure, Schwefelsäure oder Salpetersäure bei nachfolgender Behandlung mit allen verfügbaren lipoidlösenden Mitteln weder in der Kälte, noch in der Hitze zu erreichen, daß die vorerst noch hypothetische Plastinsäure die Zelle verließ und die darauf folgende Färbung mit Viktoriablau alsdann ausblieb. Auch eine Extraktion mit heißem Alkohol führte nicht zum Ziel[1]) und dennoch mußte, dem ganzen Verhalten dieser Hefezellen nach zu urteilen, ein Lipoid an Eiweiß gebunden in ihnen noch enthalten sein. Der Schlüssel für dieses Verhalten der Plastinsäure konnte nur darin zu suchen sein, daß die Plastinsäureeiweißverbindungen, die Plasteoproteide[2]), durch Behandlung mit kalten Mineralsäuren nicht hydrolytisch aufgespalten worden waren. Da auch nach heißer Hydrolyse kalter Alkohol die Plastinsäure nicht zu extrahieren vermochte, so konnten in den Plasteoproteiden eigentlich nur noch Substanzen vorliegen, die einmal nur bei heißer Hydrolyse in ihre Komponenten gespalten werden konnten und deren saurer Anteil, die Plastinsäure, auch nur in heißem Alkohol löslich war. Diese Überlegung führte auch zum Ziel.

Material: Nukleinsäure- und gramfreie Trockenhefe, gewonnen nach Mitt. VI (d. Zschr.).

Technik: 10 g dieser Hefe wurden zu 200 ccm 1 : 4 verd. Salzsäure-Alkohol[3]) gegeben und 1½ Stunden lang am Rückflußkühler hydrolysiert, wobei die Masse braun wird. Nach Abkühlen wird abzentrifugiert und die abzentrifugierte Flüssigkeit mit wasserfreiem Natriumkarbonat in Substanz gerade bis zur alkalischen Reaktion versetzt und eingedampft, bis der Alkohol verschwunden ist. Die durch Wasserbildung bei der Neutralisation mit Soda noch etwas feuchte Masse wird in ein Pulverglas gebracht, mit verdünnter Salzsäure gerade schwach angesäuert und mit Äther im Schüttelapparat die freie hydrolytisch abgespaltene Fettsäure

[1]) Sonst hätte ja die Plastinsäure bereits bei der Darstellung der nukleinsäure- und gramfreien Zelle in dem Filtrat des heißen alkoholischen Extraktes enthalten sein müssen. Aber auch bei noch mehrmaliger Extraktion mit heißem Alkohol war dies nicht zu erreichen. — [2]) Bereits beschrieben im Dezember 1924, Zbl. f. Bakt., Abt. I, Orig., Bd. 97, S. 81 ff. — [3]) 50 ccm HCl konz. 37%ig, Alkohol 96%ig ad 200.

Digitized by Google

isoliert. Der Äther ist hellgelb und hinterläßt beim Verdunsten einen dunkelbraunen, fettigen Rückstand, der beispielsweise einen niederen Schmelzpunkt aufweist als das schon seinerzeit isolierte Karyonin-Lipoidsäuregemisch. Wird der Äther mit Tierkohle zuvor ordentlich geschüttelt, so hinterbleibt die Fettsäure als weiße Substanz. Wird die oben zurückbleibende braungelbe oder mit Tierkohle gereinigte Fettsäure mit dem Finger auf Objektträger ausgestrichen, dann zeigt sie folgende Eigenschaften: sie ist gramnegativ[1]), färbt sich nicht mit Methylenblau und nicht mit Fuchsin (eine geringe Färbung gibt sie beim Einstellen in Wasser wieder ab), stark aber mit Viktoriablau, das sie auch nach Einstellen in Wasser (für einige Minuten) nicht abgibt. Wird der Fettsäureausstrich mit einer Lösung der Viktoriablaubase in Eukalyptol versetzt, so färbt er sich momentan tiefblau. Die isolierte Substanz erwies sich als N- und P-frei. Es liegt also offenbar eine Fettsäure vor, die aus der ursprünglich hydrolytisch abgespaltenen Plastinsäure durch weitere sekundäre Hydrolyse entstanden ist. Definitive Klarheit hierüber können aber erst noch weitere Versuchsreihen mit größeren Substanzmengen ergeben[2]). Die ätherische Lösung dieser Fettsäure entfärbt mit Soda gerötete Phenolphthaleinlösung.

Neutralisieren wir aber die oben erhaltene und abgekühlte HCl-alkoholische Hydrolysenflüssigkeit nicht mit Soda, sondern mit konz. NaOH und gießen wir das Ganze alsdann in die doppelte Menge dest. Wassers, so fällt das Natriumsalz der isolierten Fettsäure in Flocken aus.

Eigenschaften der so gewonnenen nukleinsäure-, lipoidsäure- und plastinsäurefreien Zellen

Entnimmt man dem Reaktionsgemisch nach einstündiger Hydrolyse am Rückflußkühler eine Zellprobe und zentrifugiert ab, so besitzen die so gewonnenen Zellen noch eine braungelbe Farbe. Sie werden alsdann nochmals viermal mit Alkohol in der Zentrifuge gewaschen und darauf von dem Zellsediment Objektträgerausstriche gemacht. Färbt man jetzt mit 1%iger wäßriger Viktoriablaulösung, spült gut ab, stellt die Ausstriche für 5 Min. lang in dest. Wasser (zur Entfernung etwa adsorbierten Viktoriablaus), so sind die Zellen mikroskopisch nicht mehr erkennbar blau gefärbt, wohl aber zeigt eine Färbung eines anderen Präparates derselben Hefe mit 2%iger Erythrosinlösung sofort, daß die Zellen sämtlich noch erhalten sind.

Man kann den langsam einsetzenden Abbau der Plasteoproteide auch sehr schön mit der Zellfärbung verfolgen, wenn man nämlich von 1/4 Stunde zu 1/4 Stunde dem Reaktionsgemisch am Rückflußkühler eine Zellprobe entnimmt und diese nach Waschen mit Alkohol auf Objektträger ausstreicht und je ein Präparat sowohl mit Viktoriablau als auch mit Erythrosin färbt. Legt man alsdann die Präparate auf ein Stück weißes Papier der Reihe nach untereinander, so erkennt man, wie sowohl die eintretende Blaufärbung mit Viktoriablau als auch die auf-

[1]) Wie zu erwarten war, da die verwendeten Zellen ja keine Grampositivität mehr zeigten. — [2]) Dort sollen auch die Jodzahl und die anderen Konstanten der isolierten Fettsäuren beschrieben werden.

Digitized by Google

tretende Rotfärbung mit Erythrosin gradatim abnimmt. Bei längerer Dauer der Hydrolyse als 1 Stunde verfällt langsam auch das basische Eiweiß der Hydrolyse [1]), gleichzeitig aber geht die Hefezellmembran unter Abspaltung erheblicher Mengen eines FEHLINGsche Lösung reduzierenden Kohlenhydrates in Lösung. Über die chemische Zusammensetzung der Hefezellmembranen soll in einer weiteren Arbeit ausführlich noch berichtet werden.

Wir werden dem Vorkommen von Plasteoproteiden weiterhin bei dem Tuberkelbazillus begegnen und ferner zu zeigen in der Lage sein, daß sie sich bei den Milzbrandsporen auch morphologisch abgegrenzt darstellen lassen, indem der Kern dieser Sporen im Gegensatz zu dem Kern vieler vegetativer Bakterienformen sich hier aus Plasteoproteiden aufbaut. Spaltet man daher die in der Milzbrandspore vorkommenden übrigen Lipoideiweißverbindungen durch Behandlung mit kaltem

Chemisches Verhalten

Verhalten zu:	Freie Nukleinsäure	Nukleoproteide	Karyoproteide	Lipoproteide	Plasteoproteide
10%iger NaOH kalt	spielend löslich	löslich	unlöslich	unlöslich	löslich [5])
1:4 verd. HCl	spielend löslich unter Hydrolyse des Moleküls	hydrolysierbar unter Austritt der Nukleinsäure	hydrolysierbar [4]) unter Verbleiben der Karyoninsäure in der Zelle	hydrolysierbar unter Verbleiben der Lipoidsäure in der Zelle	nicht hydrolysierbar
1:10 verd. HNO_3	löslich [5])	hydrolysierbar unter Austritt der Nukleinsäure	hydrolysierbar unter baldigem Austritt der Karyoninsäure infolge weiterer Aufspaltung	hydrolysierbar unter Verbleiben der Lipoidsäure in der Zelle	nicht hydrolysierbar
1:4 verd. HCl-Alkohol in der Kälte	löslich [5])	hydrolysierbar unter Austritt der Nukleinsäure [3])	hydrolysierbar unter baldigem Austritt der Karyoninsäure aus der Zelle	hydrolysierbar unter Austritt der Lipoidsäure aus der Zelle	nicht hydrolysierbar
1:4 verd. HCl-Alkohol in der Siedehitze	löslich [5])	hydrolysierbar unter Austritt der Nukleinsäure	hydrolysierbar unter baldigem Austritt der Karyoninsäure aus der Zelle	hydrolysierbar unter Austritt der Lipoidsäure aus der Zelle	hydrolysierbar unter Austritt der Plastinsäure-bruchstücke

[1]) Da ja der Alkohol durch Verwendung wäßriger HCl nicht unbedeutende Mengen von Wasser enthält. — [2]) Unter hydrolytischer Aufspaltung und Entstehung von wasserlöslichen Bruchstücken. — [3]) Da der Salzsäure-Alkohol 25% Wasser enthält, ist ein Austritt der entstehenden wasserlöslichen Nukleinsäurebruchstücke aus der Zelle noch möglich. — [4]) Nach völliger Aufspaltung der Nukleoproteide sind sie nicht erkennbar verändert restlos erhalten. — [5]) Aber erst nach Entfernung der grampositiven Lipoidsäure aus der Hefezelle.

Digitized by Google

Verhalten der verschiedenen bisher nachgewiesenen

	Freie Nukleinsäure		Nukleoproteide	
Methylenblau-Phosphin-Färbung	+[1] Grünfärbung	*) Bildung von methylenblaunukleinsaurem Phosphin[2]	+ Gelbfärbung	*) Bildung von nukleinsaurem Phosphin, entstanden durch Umfärbung von primär entstandenem nukleinsaurenMethylenblau
Methylenblau-Färbung	+[3]	*) Bildung von methylenblaunukleinsaurem Methylenblau[4]	+[5]	*) Bildung von nukleinsaurem Methylenblau
Methylgrün-Färbung	+	*) Bildung von methylgrünnukleinsaurem Methylgrün	+	*) Bildung von nukleinsaurem Methylgrün
Fuchsin-Färbung	+	*) Bildung von fuchsinnukleinsaurem Fuchsin	+	*) Bildung von nukleinsaurem Fuchsin
Methylenblau-Färbung nach HCl-Hydrolyse	—	**) Hydrolytische Aufspaltung der Nukleinsäure und Austritt ihrer Bruchstücke aus der Zelle	—	**) Hydrolytische Aufspaltung des Moleküls unter Austritt von Nukleinsäurebruchstücken aus der Zelle
Methylenblau-Färbung nach HNO_3-Hydrolyse	—	**) Hydrolytische Aufspaltung der Nukleinsäure und Austritt ihrer Bruchstücke aus der Zelle	—	**) Hydrolytische Aufspaltung des Moleküls unter Austritt von Nukleinsäurebruchstücken aus der Zelle
Fuchsin-Färbung nach HCl-Hydrolyse	—	**) Hydrolytische Aufspaltung der Nukleinsäure und Austritt ihrer Bruchstücke aus der Zelle	—	**) Hydrolytische Aufspaltung des Moleküls unter Austritt von Nukleinsäurebruchstücken aus der Zelle
Gramsche Färbung	—	**) Gramnegativität der freien Nukleinsäure, da sie lipoidsäurefrei ist	—	**) Gramnegativität der Nukleoproteide, da sie ebenfalls keine Lipoidsäure enthalten[6]
Gramsche Färbung nach HCl-Alkohol-Behandlung	—	**) Gramnegativität der freien Nukleinsäure, da sie lipoidsäurefrei ist	—	**) Gramnegativität der Nukleoproteide, da sie ebenfalls keine Lipoidsäure enthalten[6]
Gewöhnliche Viktoriablau-Färbung nach HCl-Alkohol-Hydrolyse in der Kälte	—	**) Hydrolytische Aufspaltung der Nukleinsäure und Austritt ihrer Bruchstücke aus der Zelle	—	**) Hydrolytische Aufspaltung des Moleküls unter Austritt der Nukleinsäurebruchstücke aus der Zelle

[1] + bedeutet eintretende Färbung, — bedeutet nicht stattfindende Färbung.

[2] Die Grünfärbung resultiert aus dem Farbsalz der blauen Methylenblaunukleinsäure mit dem gelben Phosphin. S. auch III. Mitt.: Zur Chemie der Zellfärbung, Chemie d. Zelle u. Gewebe, Bd. 13, S. 244ff.

[3] Beständig gegenüber Alkohol, Essigsäure und Chinindifferenzierung.

[4] S. XVII.—XX. Mitt.: Zur Chemie der Zellfärbung, d. Zschr.

[5] Unbeständig gegenüber Alkohol, Essigsäure und Chinindifferenzierung im Gegensatz zu den Verhältnissen bei der freien Nukleinsäure.

[6] Käufliches Hefenuklein ist noch grampositiv, da es noch mit Lipoideiweißverbindungen der Hefe verunreinigt ist. Beweis: Nach Einstellen von Objektträgerausstrichen von in Soda

Digitized by Google

Zellinhaltstoffe der Hefe zu der Zellfärbung

Karyoproteide		Lipoproteide		Plasteoproteide	
+ Gelbfärbung	*) Karyoninsaures Phosphin entstanden durch Umfärbung von primär entstandenem karyoninsaurem Methylenblau	—	**) Weil weder Methylenblau noch Phosphin eine Löslichkeit in den Lipoproteiden besitzen	—	**) Wegen Unlöslichkeit des Methylenblaus und Phosphins in den Plasteoproteiden
+	*) Bildung von karyoninsaurem Methylenblau, infolge Löslichkeit des Methylenblaus in den Karyoproteiden	—	**) Unlöslichkeit des Methylenblaus in den Lipoproteiden	—	**) Unlöslichkeit des Methylenblaus in den Plasteoproteiden
—	**) Wegen Unlöslichkeit des Methylgrüns in den Karyoproteiden infolge seiner Lipoidunlöslichkeit	—	**) Unlöslichkeit des Methylgrüns in den Lipoproteiden infolge seiner Lipoidunlöslichkeit	—	**) Unlöslichkeit des Methylgrüns in den Plasteoproteiden
+	*) Bildung von karyoninsaurem Fuchsin infolge Lipoidlöslichkeit des Fuchsins	+	*) Bildung von lipoidsaurem Fuchsin infolge Lipoidlöslichkeit des Fuchsins	—	**) Unlöslichkeit des Fuchsins in den Plasteoproteiden
+	*) Wegen nicht erkennbar erfolgter Hydrolyse der Karyoproteide, nicht erfolgtem Austritt der Karyoninsäure aus der Zelle, ihrer Wasserunlöslichkeit wegen, und wegen Löslichkeit des Methylenblaus in den Karyoproteiden unter Bildung von karyoninsaurem Methylenblau	—	**) Unlöslichkeit des Methylenblaus in den Lipoproteiden	—	**) Unlöslichkeit des Methylenblaus in den Plasteoproteiden
—	**) Infolge hydrolytischer Aufspaltung der Karyoproteide und der Karyoninsäure	—	**) Unlöslichkeit des Methylenblaus in den Lipoproteiden	—	**) Unlöslichkeit des Methylenblaus in den Plasteoproteiden
+	*) Bildung von karyoninsaurem Fuchsin, da HCl die Karyoninsäure nicht aufspaltet	+	*) Bildung von lipoidsaurem Fuchsin infolge Löslichkeit des Fuchsins in den Lipoproteiden und noch vorhandener Anwesenheit der Lipoidsäure	—	**) Unlöslichkeit des Fuchsins in den Plasteoproteiden
+[7]	*) Bildung von jodiertem, daher alkoholunlöslichem karyoninsaurem Gentianaviolett	+[8]	*) Bildung von jodiertem, daher alkoholunlöslichem lipoidsauren Gentianaviolett	—	**) Unlöslichkeit des Gentianavioletts in den Plasteoproteiden
—	**) Entfernung der Karyoninsäure durch Aufspaltung der Karyoproteide infolge der Gegenwart von Salzsäure und Austritt der alkoholl. Karyoninsäure infolge Alkoholgegenwart	—	**) Entfernung der grampositiven Lipoidsäure aus denselben Gründen wie bei der Karyoninsäure angegeben	—	**) Gramnegativität der Plasteoproteide und Unlöslichkeit des Gentianavioletts in ihnen
—	**) Hydrolytische Aufspaltung der Karyoproteide und Austritt der alkoholl. Karyoninsäure	—	**) Hydrolytische Aufspaltung der Lipoproteide und Austritt der Lipoidsäure	+	*) Löslichkeit des Viktoriablaus in den Plasteoproteiden und Bildung von plastinsaurem Viktoriablau

gelöstem und wieder mit Essigsäure gefälltem Hefenuklein, 24 Stunden lang in Salzsäure-Alkohol ist das Hefenuklein gramnegativ geworden.

[7]) S. VI. Mitt.: Zur Chemie der Zellfärbung, d. Zschr.

[8]) Bei der Färbung nach der Viktoriablau-Quecksilberjodidjodkalium-Chininmethode (Zbl. f. Bakt., Ab. I. Orig., Bd. 94, S. 397) vor der Salzsäure-Alkoholhydrolyse verhält sich das Viktoriablau bei dieser der Gramfärbung entsprechenden Methode wie das Gentianaviolett bei der Gramschen Färbung.

*) Grund der eintretenden Färbung.

**) Grund der nicht eintretenden Färbung.

Digitized by Google

Salzsäure-Alkohol, so ist alsdann deren Kern ebenfalls darstellbar, während er vor dieser Behandlung größtenteils [1]) nicht zu sehen ist, da er in der Masse der anderen vorhandenen Lipoideiweißverbindungen meist untertaucht. Damit erkennen wir jetzt auch, warum die vegetativen Formen vieler Bakterien mit ihren, durch kalte Mineralsäuren relativ leicht aufspaltbaren Karyoproteiden, so empfindlich gegenüber der Einwirkung von freien Mineralsäuren sind und die Milzbrandsporen so relativ wenig empfindlich diesen gegenüber sich erweisen, da ihre Kerne aus nur durch heiße Mineralsäurehydrolyse aufspaltbaren Plasteoproteiden bestehen. Die viel geringere Widerstandsfähigkeit der Hefesporen freier Mineralsäure gegenüber erklärt sich ebenfalls durch den Gehalt ihrer Kerne an den leichter aufspaltbaren Karyoproteiden, wie inzwischen nachgewiesen werden konnte [2]).

Vorstehend haben wir in einer Tabelle das Verhalten der bisher in der Hefe histochemisch und makrochemisch nachgewiesenen Zellbausteine einmal gegenübergestellt.

Der Abbau der Hefezelle

Betont sei hier, daß der jetzt im Zusammenhang geschilderte künstliche Abbau der Hefe ebenso beim natürlichen Abbau der Hefezelle im Organismus erfolgt, wie inzwischen gezeigt werden konnte. Auch dort werden die Hefezellen, allerdings auf fermentativem Wege, zuerst nukleinsäurefrei, worauf der Kern sichtbar wird. Nach Abbau der Karyoproteide folgt zuletzt durch Einwirkung lipoproteolytischer Fermente auch der Abbau der Lipoproteide [3]).

1. Phase des Abbaues: Wird normale, unvorbehandelte Hefe mit einer 3%igen wäßrigen Lösung von essigsaurem Natrium behandelt, darauf gewaschen, so wird aus der Hefe dadurch die freie Nukleinsäure entfernt, da diese bekanntlich in essigsaurem Natrium gut löslich ist. Beweis: Freie Hefenukleinsäure ist darauf mit den üblichen Methoden in dem essigsaurem Natrium nachweisbar. Histochemisch fällt die Färbung der freien Nukleinsäure mit Methylenblau-Phosphin jetzt negativ aus. 2. Phase des Abbaues: Durch eine in geeigneter Weise (s. Mitteilung IV) darauf vorgenommene Alkohol- und Ätherbehandlung sind alsdann alle freien Lipoide aus der Hefezelle entfernbar. Beweis: Nach Verdampfen der Auszüge bleiben die Lipoide als grampositiv sich färbende N-, P- und Fettsäure enthaltende Substanzen zurück. 3. Phase des Abbaues: Behandlung der so gewonnenen Hefe mit kalter Salpetersäure 1 : 10 im Turbinenrührwerk 6 Stunden. Das Nukleoproteid wird hierdurch hydrolytisch aufgespalten und die wasserlöslichen Nukleinsäurebruchstücke der vorher an das Eiweiß gebundenen Hefenukleinsäure verlassen die Zelle. Beweis: In der Hydrolysenflüssigkeit sind die größeren Nukleinsäurebruchstücke auffindbar. Die so erhaltene Hydrolysenflüssigkeit gibt jetzt noch keine Fällung mit ammon. $AgNO_3$-Lösung und redu-

[1]) Seine Darstellung hängt von dem zufälligen Lipoideiweißgehalt der einzelnen Sporen ab, der ständig während des Lebens wechselt. — [2]) Zbl. f. Bakt., Abt. I, Orig., Bd. 97, S. 81 u. Bd. 98, S. 67. — [3]) Siehe Schumacher und Liesz, Über den Abbau der Mikroorganismen in vivo. Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 106, S. 28.

Digitized by Google

ziert noch nicht FEHLINGsche Lösung. Nach weiterer Hydrolyse der salpetersauren Hydrolysenflüssigkeit mit heißer Salzsäure sind alsdann auch die einfachen Bausteine der Nukleinsäure nachweisbar. Die Phosphorsäure ist alsdann durch Ammoniummolybdat in salpetersaurer Lösung fällbar. Die Purinbasen können durch ammon. $AgNO_3$-Lösung gallertig flockig abgeschieden werden, die Gegenwart der Pentose wird bewiesen durch starkes Reduktionsvermögen der Hydrolysenflüssigkeit gegenüber FEHLINGscher Lösung, positiver Phlorogluzin-HCl-Probe mit Übergang des roten Farbstoffes in Amylalkohol und der Möglichkeit der Darstellung eines Osazons (ausführlich in Mitt. II, Chemie d. Zelle u. Gewebe, Bd. 13, S. 197). Färberisch fällt nach dieser Behandlung und Entfernung der Nukleinsäure jetzt auch die Methylenblaufärbung der Zelle weg. (Mit konz. HCl im Verhältnis 1 : 4 verdünnt, wird dieser Punkt schon nach 2 Stunden im Schüttelapparat erreicht.) Dem entspricht chemisch der große Phosphorsäureverlust so veraschter und vorbehandelter Zellen. Da die Hefelipoidsäure aber noch zugegen ist, fällt die Gramfärbung noch positiv aus, ebenso die auf demselben Prinzip beruhende Viktoriablau-Pyroninfärbung[1]). 4. Phase des Abbaues: Die so behandelten Zellen werden jetzt mit alkoholischer Salzsäure[2]) im Schüttelapparat geschüttelt. Die wasserunlösliche, aber alkohol- und ätherlösliche Karyoninsäure[3]) und die grampositive Lipoidsäure befinden sich jetzt im Alkohol und sind aus diesem zu isolieren, während die Kernfärbung und die Grampositivität der Hefezellen jetzt verschwunden ist. Die so behandelten Zellen färben sich jetzt nur noch mit Viktoriablau, was darauf schließen läßt, daß sie noch eine saure Substanz enthalten, worauf oben schon eingegangen wurde. Diese saure Substanz, die Plastinsäure, ist in den so vorbehandelten Zellen nur mit Viktoriablau färbbar, was wiederum auf die Lipoidnatur derselben hinweist. 5. Phase des Abbaues: Wir hydrolysieren die jetzt nukleinsäure-, karyoninsäure- und lipoidsäurefreie Hefe, nachdem wir sie gründlich mit heißem Alkohol am Rückflußkühler ausgekocht und im Heißwassertrichter gründlichst mit heißem Alkohol nachgewaschen haben[4]), alsdann $1^1/_2$ Stunden lang mit 25%igem HCl-Alkohol am Rückflußkühler, worauf die Plastinsäure hierdurch aus ihrer Eiweißverbindung hydrolytisch abgespalten wird, was wir oben zu beweisen in der Lage waren.

Bei Ausdehnung der HCl-Alkoholhydrolyse in der Siedehitze nicht über 1 Stunde ist alsdann das reine basische Hefeeiweiß zugegen, weshalb sich auch dann die Zellen noch mit Erythrosin färben. Bei längerer Hydrolyse wird auch das basische Hefeeiweiß und die Substanz der Zell-

---

[1]) S. Zbl., Abt. I, Orig., Bd. 94, S. 397. — [2]) Auch durch Einwirkung 25%iger wäßriger HCl plus Äther im Schüttelapparat sind die Zellen gramnegativ zu erhalten, wobei sich die Lipoidsäure alsdann in der ätherischen Lösung befindet, aus der sie, wohl noch nicht rein, durch Verdampfen des Äthers als braune, fettige grampositiv sich färbende Masse zu erhalten ist. — [3]) Die Karyoninsäure nur, wenn mit HCl hydrolysiert wurde zur Entfernung der Nukleinsäure. Bei Verwendung von HNO_3 wird sie bereits bei wäßriger Hydrolyse aufgespalten, wie schon betont. — [4]) Das ist nötig, um ein bei den vorhergehenden Operationen (HCl-Behandlung) durch Hydrolyse auch in der Kittsubstanz der Hefe freiwerdendes, vorher an Eiweiß gebunden vorliegendes N- und P-haltiges Lipoid zu entfernen, das nur in heißem Alkohol löslich ist und aus diesem beim Erkalten ausfällt. S. auch Mitt. VI.

Digitized by Google

membran aufgespalten. Nach der Hydrolyse reduziert alsdann jetzt die Flüssigkeit Fehlingsche Lösung sehr stark im Gegensatz zu ihrem Verhalten vor der Hydrolyse. Dieser einen Zucker oder Glukosamin führende Komplex[1]) entstammt der Zellmembran, wie noch bewiesen werden wird (Mitt. XV). Bereits nach Entfernung der Lipoidsäure läßt sich das plastinsaure Eiweiß der Hefe durch NaOH in Lösung bringen, wobei die reinen, schneeweiß aussehenden Zellmembranen zurückbleiben. Durch Essigsäurefällung kann man die Substanz in großem wieder gewinnen. Nach hydrolytischer Entfernung der Plastinsäure hieraus erhält man dann allerdings ebenfalls zum Teil schon hydrolytisch aufgespalten das reine, basische Hefeeiweiß, das am Aufbau der Nukleo-, Karyo-, Lipo- und Plasteoproteide beteiligt ist.

Der Übersicht halber seien diese Verhältnisse nochmals in nebenstehender Tabelle zusammengestellt.

Die zurückbleibenden Zellen sind dann nur noch mit sauren Farben färbbar, da die basischen Eiweiße der Nukleo-, Karyo-, Lipo- und Plasteoproteide noch zugegen sind. Man erkennt, wie bei fortschreitender Entfernung der sauren Zellinhaltsstoffe durch die hydrolytischen Prozesse die Zellfärbung in der Tabelle von links oben nach rechts unten gradatim wegfällt und die Zelle zuletzt sich nur noch mit sauren Farben färbt. Die auch Lipoide färbenden Farbstoffe (Fuchsin, Gentianaviolett) behalten dabei ihre Tinktionsfähigkeit am längsten, am allerlängsten der Lipoidfärber kat exochen: das Viktoriablau. Aber auch sie vermögen nichts mehr auszurichten, wenn die Lipoide sämtlich auf hydrolytischem Wege vorher aus der Zelle entfernt wurden.

Weiterhin haben wir gesehen, daß wir durch Behandlung von nukleinsäurefrei gemachten Hefezellen mit einer Nukleinsäurelösung in essigsaurem Natrium wieder eine positive Methylenblaufärbung erzielen, ebenso wieder künstlich grampositiv gemachte Hefezellen erhalten werden, wenn wir in einer weiteren Arbeit (Mitt. XIV) auf nukleinsäure- und gramfrei gemachte Hefezellen in geeigneter Weise eine Lösung der aus den Zellen isolierten grampositiven Lipoidsäure einwirken lassen.

Zusammenfassung

Nach Entfernung der Nukleinsäure aus der Hefezelle durch kalte Hydrolyse mit Mineralsäuren und Entfernung der grampositiven und gramnegativen Lipoidsäure durch HCl-Alkohol-Hydrolyse in der Kälte, wobei auch die am Aufbau des Hefekerns beteiligte Karyoninsäure ebenfalls die Zelle verläßt und nach Entfernung des in der Kittsubstanz der Hefe ebenfalls durch kalten HCl-Alkohol abgespaltenen Phosphatids mit heißem Alkohol, enthält die Hefezelle noch eine andere Gruppe von Lipoideiweißverbindungen, die Plasteoproteide, die erst durch heiße HCl hydrolytisch aufgespalten werden und deren saure Komponente, die Plastinsäure, nur in heißem Alkohol löslich ist. Dadurch unterscheiden sich die Plasteoproteide streng von den Karyo- und Lipoproteiden. Während bei den letzteren die an ihrem Aufbau beteiligte Karyonin- und Lipoidsäure infolge ihrer Abspaltbarkeit durch kalte HCl-Alkohol-Hydrolyse bis

[1]) Die Reaktionen auf Pentosen ergeben ein negatives Resultat.

Digitized by Google

	Führt	Hat färberisch zur Folge	Methylenblaufärbung	Fuchsinfärbung	Viktoriablaufärbung	Gramfärbung	Viktoriablau-Kaliumquecksilberjodid[2])	Giemsafärbung	Erythrosinfärbung
1. Behandlung mit essigsaurem Natrium	zur physikalischen Entfernung der freien Nukleinsäure	Grünfärbung bei der Methylenblau-Phosphinfärbung fehlt jetzt	+[1])	+	+	+	+	Zelle violett gefärbt	schwach +
2. Nach weiterer Behandlung mit Alkohol-Äther	zur physikalischen Entfernung der freien Lipoide	—[3])	+	+	+	+	+	Zelle violett gefärbt	schwach +
3. Nachbehandlung mit 1 : 4 verd. HCl	zur chemischen Entfernung der an Eiweiß gebundenen Nukleinsäure	—	— nur Kern noch färbbar	+	+	+	+	Kern violett, Zelleib rosa	stark +
3a. Im Falle der Nachbehandlung mit verd. HNO_3 1 : 10	zur chemischen Entfernung der Nuklein- und Karyoninsäure	—	—	+	+	+	+	Zellen rosa	stark +
4. Nachbehandlung mit 25%igem HCl-Alkohol	jetzt auch zur Entfernung der alkohollöslichen Lipoidsäure	—	—	—	+	—	—	Zellen rein-rot gefärbt wie Trypanosomenkerne beispielsweise	sehr stark +
Nachbehandlung mit heißem Alkohol mit folgender HCl-Alkohol-Hydrolyse in der Siedehitze	zur Entfernung auch der letzten sauren Substanzen des Zellinhaltes, des nur in heißem Alkohol löslichen Lipoids und der Plastinsäure	—	—	—	—	—	—		+

[1]) + bedeutet eintretende Zellfärbung, — bedeutet Unfärbbarkeit. — [2]) Zbl. f. Bakt., Abt. I, Orig., Bd. 94, S. 397. — [3]) Nukleinsäurefärbung bereits negativ wegen der vorhergehenden Behandlung mit essigsaurem Natrium.

Digitized by Google

jetzt nicht erkennbar weiter hydrolytisch aufgespalten, in großem erhalten werden können, gelingt es nicht, das Plastinsäuremolekül zu fassen, sondern nur dessen sekundär hydrolytisch abgespaltenen Bruchstücke, von denen bis jetzt nur die Fettsäurekomponente auch makrochemisch nachgewiesen werden konnte. Die so erhaltenn Zellen haben jetzt auch die letzte Möglichkeit, sich noch mit basischen Farben zu färben, verloren, weshalb sie sich auch mit dem besten Lipoidfärber, dem Viktoriablau, nicht mehr färben, wohl aber ihres Gehaltes an basischem Eiweiß wegen noch sehr stark mit dem sauren Erythrosin.

Anmerkung während der Korrektur: Die Plasteoproteide sind inzwischen auch im Leprabazillus von PALDROCK aufgefunden und beschrieben worden (Derm. W., 1926, Bd. 82, S. 803).

Beiträge zur Zosterfrage III

Von

Dr. S. A. GLAUBERSOHN in Kieff

Mit 1 Abbildung im Text

Wie bekannt, bezeichnet man als Zoster generalisatus das kombinierte Vorkommen bei einem Kranken des typischen Zoster mit einem auf der Haut des Rumpfes, der Glieder, des Hauptes und auf den Schleimhäuten disseminierten Ausschläge, der aus Bläschen mit einem klaren (auch trüben) Inhalte und von einem rosa Hof umringt gebildet ist und nach einer gewissen Zeit meistens spurlos verschwindet.

Der Begriff des Zoster generalisatus war zuerst von TENNESON 1893 eingeführt, von ihm bekamen die disseminierten Bläschen den Namen Vésicules aberrantes. Er weist darauf hin, daß einzelne verirrte Bläschen sehr oft vorkommen, in 90% der Fälle (v. ZUMBUSCH).

MOLINIE behauptet, daß die vereinzelten Bläschen in schweren Fällen immer, in leichten oft vorhanden sind (v. ZUMBUSCH).

v. ZUMBUSCH bestätigt, daß die vereinzelten Bläschen öfters angetroffen werden, und dies müssen wohl alle, die sich mit Zoster befaßt haben, zugeben.

Immerhin sind die Zosterfälle mit einem disseminierten Ausschlag eine seltene Erscheinung. Fälle von Zoster generalisatus haben HASLUND, dann FISCHL, BEYER, FASAL u. a. beschrieben, wobei die beiden letzteren die gangränöse Beschaffenheit sowohl des Zoster localisatus, als auch des disseminierten Ausschlages hervorheben. Außerdem hatte der disseminierte Ausschlag in beiden Fällen ein varizellaähnliches Aussehen.

In FISCHLS Fall wies der 61jähr. Kranke, außer dem typischen Zoster, dessen Elemente teils hämorrhagisch waren, mehrere erbsengroße Bläschen auf dem ganzen Körper, hauptsächlich aber auf dem Rumpfe, weniger auf den oberen und unteren Extremitäten disseminiert auf, mit einem teils klaren, teils trüben Inhalte. Die Lymphknoten rechts (im Gebiete des Zosters) waren stark vergrößert und schmerzhaft, die übrigen Lymphdrüsen waren auch vergrößert, aber schmerzlos. Die Blutuntersuchung ergab lymphatische Leukämie. Der Fall endete mit Exitus,

Digitized by Google

wobei lymphozytäre Infiltration periganglionär, sowie auch in den intervertebralen Ganglien selbst, welche die gangliösen Zellen vernichtete, nachgewiesen wurde. Die Untersuchung der kutanen Zoster- und disseminierten Ausschlagselemente ergab ein für Zoster typisches histologisches Bild, wobei die Infiltration und der Gefäßinhalt vorwiegend aus Lymphozyten gebildet war.

Nobl verfügt über eine Reihe von Fällen von Zoster generalisatus.

Ein Fall betrifft einen 74jähr. Kranken mit gangränösem Zoster und einem disseminierten, zum Teil varizellaähnlichen und nekrotischen Ausschlag. Die Gaumenschleimhaut war dabei mit befallen.

v. Zumbuschs Fall, ein 74jähr. Patient, stellte außer gangränösem Zoster thoracalis einen disseminierten Ausschlag auf dem ganzen Körper und dem Kopfe dar, der aus Pusteln (bis 200), stellenweise gut ausgebildet, stellenweise mit einem nekrotisierten Krustchen und rosa Hof versehen, besteht.

v. Zumbusch vergleicht das Krankheitsbild mit Varizella.

In den intervertebralen Ganglien war eine diffuse, stellenweise zirkumskripte Infiltration nachzuweisen, wobei man sehen konnte, wie einige gangliöse Zellen direkt von der dichten Infiltration zerstört wurden. Die Infiltration war auch in den hinteren Wurzeln des Rückenmarkes (perivaskulär) vorhanden, und alle Segmente der Cornua posteriora zeigten Reizerscheinungen.

1918 demonstrierte Nobl einen 57jähr. Kranken mit einem varizellaähnlichen Zoster generalisatus. Die Schleimhaut des Gaumens war mit betroffen. 1924 veröffentlichte Bokay einen Zoster generalisatus bei einem 8jähr. Knaben, welcher zwischen gesunde Kinder gelegt wurde, worauf nach 14—16 Tagen im Nebensaal zwei Varizellafälle auftraten.

Guszmans 38jähr. Kranke zeigte einen Zoster generalisatus, dessen über den ganzen Körper disseminierter Ausschlag ein typisches Varizella darstellte. Der 6jähr. Sohn des Patienten erkrankte 2 Wochen später an Windpocken.

Einen analogen Fall veröffentlichte Mc Ewen. Hinze führt einen Fall von Zoster generalisatus an, dabei betont er die varizellöse Natur des Ausschlages.

In Parkes Webers Fall führte der Arsengebrauch einen windpockenähnlichen Zoster generalisatus herbei, 15 Tage später erkrankte ein Zimmergenosse an Varizella.

Meyerhofer betrachtet den Zoster generalisatus als Übergangsform vom Zoster zur Varizella.

Eine Anzahl von Autoren schildert das kombinierte Vorkommen von Zoster und Varizella: Pignot und Durand bei einem 34jähr. Kranken, Hild bei einer 22jähr. Kranken, wobei die Varizella am 6. Tage des Zosterverlaufes erschien usw.

Erwähnt sei noch Laurentiers Fall bei einem 52jähr. Zyanamidarbeiter. Der Patient bekam an verschiedenen Stellen des Gesichts und des Körpers, die dem Einflusse des Zyanamids ausgesetzt waren, „exulzerierte Elemente“ auf entzündlicher Basis, herpesartig angeordnet; nur Fußsohlen, Lippen und Mundschleimhaut blieben frei. Verf. sieht seinen Fall als Zoster generalisatus an, doch fehlte dabei der echte Zoster localisatus.

Digitized by Google

Es sei hier bemerkt, daß auch experimentell KUNDRATITZ, andere und auch wir in unseren noch nicht veröffentlichten Versuchen, die wir mit Dr. R. A. WILLFAND anstellten, bei Säuglingen einen generalisierten Ausschlag (ohne Geschwüre!), mit und ohne lokale Reaktion beobachteten. Ein experimenteller lokalisierter Zosterausschlag war dabei ein einziges Mal (bei MARINESKO-DRAGANESKO-SAGER) vorhanden. Wir können demnach die Möglichkeit eines generalisierten Zosterausschlages ohne einen Zoster localisatus nicht leugnen. Aber in Rücksicht auf die heutzutage allgemein anerkannte und oben erwähnte klinische Bestimmung des Begriffes von Zoster generalisatus, glauben wir uns doch berechtigt, LAURENTIERS Fall nicht in jene Gruppe einreihen zu können, zumal da DE AMICIS' Fall sich als DUHRINGsche Krankheit, und COLOMBINIS Fall als Zoster multiplex erwies.

Unsererseits können wir gleichfalls einen Fall von Zoster generalisatus mitteilen (siehe Abb. 1).

Abb. 1

52jähr. Jüdin, seit 3 Jahren an lymphatischer Leukämie leidend, Leukozytenzahl zeitweise bis 900000. Vor 2 Jahren Rotlauf.

Status praesens. Die Patientin ist bleich und matt. Innere Organe (Dr. SOLOTOVERCHOVNIKOFF): Dilatatio cordis, aortitis et cardiosclerosis. Milz stark vergrößert, unterer Rand zwei Finger breit unter dem Nabel fühlbar, der vordere Rand reicht bis an den Nabel. Unterer Leberrand zwei Finger breit oberhalb des Nabels. Alle fühlbaren Lymphknoten vergrößert.

Am 11. II. Zoster thoracalis sin. zum Teil gangränöser Natur auf dem Rücken nachgewiesen. Die linken Axillardrüsen vergrößert und schmerzhaft.

Am 14. II. generalisierter Ausschlag am Halse, Brust, Rücken bis Hinterbacken sowie an den oberen Extremitäten und Oberschenkel in vereinzelten Elementen.

Der Ausschlag bestand aus stecknadelkopf- bis kleinerbsengroßen Bläschen von einem rosa Hof umgeben und von meist trübem Inhalte.

WR negativ. Blutbild: lymphatische Leukämie: Erythrozyten 2192000, Leukozyten 600000, Hb 40%, Farbindex 0,9, Lymphozyten (große und kleine) 96%, segmentierte Neutrophile 3%, stäbchenförmige Neutrophile 1%, Eosinophile 1:500.

Im Laufe der Krankheit sahen wir einen kleinen Teil der Elemente des generalisierten Ausschlags sich nekrotisieren, während der größte Teil vertrocknete und spurlos verschwand; dabei bildete sich im allgemeinen der generalisierte Ausschlag eher wie der lokalisierte zurück.

Ein mit der Patientin wohnendes 5jähr. Mädchen mit in bezug auf Varizella fehlender Anamnese blieb gesund.

Digitized by Google

Gleich Fischls Kranken leidet die unsrige an einer lymphatischen Leukämie. v. Zumbusch betrachtet Fischls Fall als Zoster generalisatus symptomaticus infolge einer lymphozytären Infiltration der intervertebralen Ganglien.

Freilich kann man hier auch Marinesko-Draganeskos 5 Kranke nennen, die in den intervertebralen Ganglien eine Krebsinfiltration aufwiesen, ohne jedoch an Zoster zu erkranken.

Auf Grund der Erfahrungen von Lipschütz, Kundratitz, Lauda und Stöhr, Marinesko-Draganesko[1]) u. a., sowie unserer Beobachtungen mit Dr. Willfand und Chatellier, können wir von der infektiösen Natur des Zosters und von einer Hauteintrittspforte sprechen. Die Intoxikationen aber, Traumen, schwere Begleiterkrankungen u. a., betrachten wir nur als prädisponierende Momente (Biotropismus in Milians Sinne).

Wir können nicht umhin, in Übereinstimmung mit Parounagian-Goodman und Löwenfeld zu bemerken, daß tatsächlich Zoster generalisatus öfter bei älteren Personen und schwächlichen jungen Leuten vorkommen.

Abgesehen von den genannten Anschauungen über kombiniertes Vorkommen, Nähe und Identität der beiden Krankheiten (Zoster und Varizella), sehen manche (Fasal) die Ursache des generalisierten Ausschlages in dem Grad der toxischen Wirkung auf das zentrale Nervensystem, Lipschütz in der Verbreitung des Zostervirus auf hämatogenem Wege, Löwenfeld vom Standpunkt der entzündlichen vasomotorischen Reflexneurose (Kreibich) aus, im Übergang des krankhaften Geschehens von den intervertebralen Ganglien auf die angrenzenden sensiblen Zentren des Rückenmarks.

Meines Erachtens stehen die Ursachen der Zostergeneralisation im Zusammenhang mit der Ätiologie und der Pathogenese des Zoster localisatus, deren Klärung auch für die Erforschung der Ursachen der Zostergeneralisation entscheidend sein wird.

Vorläufig müssen wir, was die Genese der Zostergeneralisation betrifft, annehmen, daß eventuell 2 Momente, der Grad der Zostervirulenz, sowie auch seine lympho-hämatogene Verbreitung, sich geltend machen.

Literatur

1. v. Zumbusch, Arch. f. Derm., 1913, Bd. 118. — 2. Fischl, Arch. f. Derm., 1913, Bd. 118. — 3. Löwenfeld, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 146. — 4. Hinze, Arch. f. Derm., 1926, Bd. 152. — 5. Bokay, Jahrb. f. Kinderhlk., Bd. 105. — 6. Guszman, Derm. W., Bd. 79. — 7. Dorrr, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 13, 15, 16. — 8. Lipschütz, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 21. — 9. Lipschütz, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 20. — 10. Laurentier, Ann. de Derm. et de Syph., 1925, Nr. 2. — 11. Flandin, Lewaditti usw., Ann. de Derm. et de Syph., 1926, Nr. 10. — 12. Marinesko-Draganesko, Pr. méd., 1927, Nr. 67. — 13. Jausion, Pr. méd., 1927, Nr. 97. — 14. Chatellier, Bull. de la soc. franç. de Derm. et de Syph., 1925, Nr. 2. — 15. Nobl zit. n. Löwenfeld. — 16. v. Driel, M. m. W., 1927, Nr. 36. — 17. Glaubersohn, Derm. W., Bd. 86 — 18. Glaubersohn u. Willfand, Derm. W., Bd. 86.

[1]) In unserer Arbeit II wurde zufälligerweise vergessen, Marinesko-Draganesko-Sagers gelungene Zosterinokulation an Erwachsenen mit einem zirkumskripten Ausschlag auf dem Rumpfe anzuführen.

Digitized by Google

Staatliches Venerologisches Institut (Direktor: Prof. N. S. Efron). Aus der Abteilung für experimentelle Venerologie (Leiter: Prof. J. A. Finkelstein)

Beiträge zur experimentellen, auf hämatogenem Wege hervorgerufenen Dermatomykose, mit Berücksichtigung der Zirkulationsdauer der Parasiten im Blutkreislauf

Von

S. M. Fried und M. B. Segal

Die Frage über das Schicksal der Dermatophyten im Inneren des infizierten Organismus wurde schon wiederholt erhoben und noch lange bevor die Dermatomykosen als Krankheiten eines allgemeinen Charakters anerkannt worden waren. Seit den 90iger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurden von einer Reihe von Autoren (Quincke, Elsenberg, Carini, Truffi, Citron u. a.) Versuche zur Aufklärung folgender Punkte gemacht: 1. Können die Pilze, welche gewöhnlich in den oberen Hautschichten parasitieren, überhaupt in den inneren Organen vegetieren und 2. wie weit äußern sie dort ihre toxischen Eigenschaften. Auf diese Weise wurde indirekt auch die Frage über die Rolle der Haut bei der hämatogenen Einführung der Pilze berührt. Zu diese mZwecke wurden Kaninchen auf subkutanem, intraperitonealem und intravenösem Wege mit Kulturen des Trichophytons oder Achorions geimpft, wobei unausgesetzt negative Resultate erhalten worden, d. h. weder in den inneren Organen noch auf der Haut irgend welche spezifische Erkrankungen von den erwähnten Verfassern wahrgenommen werden konnten.

Später betonte Bruno Bloch wiederholt in seinen Arbeiten, daß durch subkutane oder intravenöse Einführung des Infektionsmaterials weder eine pilzartige Erkrankung der Haut hervorgerufen, noch ein Tier immunisiert werden kann.

Ungefähr in demselben Sinne äußert sich auch Lombardo, welchem es nicht gelang, mit Trichophytin eine allergische Reaktion hervorzurufen, wenn er die Tiere infizierte, indem er die Haut dabei mied.

Zugleich mit diesen Resultaten gelang es jedoch anderen Autoren, welche dieselbe Methodik und dieselben Arten von Dermatophyten benutzten, schon damals gewisse klar ausgeprägte Veränderungen der inneren Organe zu beobachten. Sabrazès, welcher den Kaninchen subkutan und intravenös die Kulturen des Trichophytons und Oospora canina einführte, fand bei einem Tiere, welches drei Tage nach der Injektion umgekommen war, bei der Sektion in der Lunge miliare Granulationen, welche größtenteils intravaskulär lagen und im Zentrum aus zerfallenen Leukozyten bestanden. Durch Färbung gelang es in diesen Knoten Fäden von Myzelien festzustellen. Die analogen Versuche Bodins zeigten, daß die in großen Mengen einverleibten zerriebenen Kulturen den Tod des Tieres durch Embolie hervorrufen, kleine Mengen von Sporen dagegen nur pseudoaktinomykotische Bildungen in den Lungen verursachen, ohne das Tier zu töten.

Digitized by Google

Bukovsky, welcher den Kaninchen intravenös bis zu 1 ccm Emulsion der Kultur des Achorions injizierte, erlangte folgende Resultate: Je konzentrierter die Emulsion ist, desto schneller geht das Tier zugrunde (gewöhnlich zwischen dem ersten und siebenten Tage); bei schwach konzentrierter Emulsion bleibt das Tier am Leben und äußert keinerlei pathologische Symptome. Bei der Sektion fand er jedoch in den Lungen eine Menge miliarer Knoten verschiedener Größe von weißer und gelblicher Farbe. Mikroskopisch ließ sich schon bei schwacher Vergrößerung unterscheiden, daß diese Knötchen eine Ansammlung von Leukozyten bilden, in deren Zentren vegetierende Pilze liegen. Auf hämatogenem Wege eine pilzartige Erkrankung der Haut hervorzurufen, ist jedoch auch diesen Verfassern nicht gelungen.

Erst 1916 gelang es zum ersten Male Inga Saeves auf der Haut eines Meerschweinchens nach intrakardialer Injektion der Emulsion aus den Sporen Trichophyt. gypseum und Achorion Quinkeanum spezifische Herde hervorzurufen. Es muß hierbei jedoch bemerkt werden, daß Saeves zum ersten Male die Medothik Lewandowskys angewandt hatte, welchem es bekanntlich gelungen war, durch intrakardiale Injektion von Tuberkelbazillen bei einem Meerschweinchen auf der vorher rasierten Haut des Bauches eine Menge von Tuberkeln hervorzurufen. Im Laufe von 10 Jahren wurden die Versuche Saeves keiner systematischen Prüfung unterworfen, und erst im Jahre 1926 kam Fr. Kogoj, welcher die Arbeit in jener Richtung hin bedeutend erweitert und vertieft hatte, zu folgenden Schlüssen: Die pilzartigen Hauterkrankungen können bei den Tieren nicht nur durch intrakardiale, sondern auch durch intralumbale, intrakraniale, intratestikulare und intrahepateale Einverleibung einer Sporenaufschwemmung aus Achor. Quinkeanum hervorgerufen werden. Die Herde bilden sich sowohl auf der skarifizierten, als auch auf den nicht gereizten Hautpartien, obgleich sie auf den ersteren viel schärfer ausgeprägt sind und früher auftreten. Bei Kogoj finden wir auch darauf Hinweise, daß die intravenöse pilzartige Infektion an Tieren oftmals versucht, doch bis jetzt noch niemand gelungen ist. Durch intravenöse Injektionen von Achorion gelang es Fischer, bei den Kaninchen nur eine Erkrankung der Augen hervorzurufen (ein Glaukoma, eine Atrophie des Pigments der Regenbogenhaut und ein kleines Knötchen von gelber Farbe). Durch intravenöse Injektion einer Trich.-cerebriforme-Emulsion, erhielt Masia auf der Haut eines Kaninchens eine Alopezie mit Abschuppungen oder mit glatter Haut; Pilze konnten jedoch nicht festgestellt werden. Dieselben Erscheinungen stellten Jessner und Hoffmann bei einem Kaninchen nach intravenöser Injektion von Trichophyt. gypseum fest: bei einem andern Kaninchen erhielten sie jedoch auf der Haut einen pilzartigen Herd. Den Grund dieser mißlungenen intravenösen Injektionen versucht Kogoj gar nicht zu erklären, da er selbst auf diesem Wege nicht infiziert hat. Saeves ist geneigt, die mißlungenen Versuche ihrer Vorgänger durch folgende Gründe zu erklären: eine falsche Methodik, ein ungleicher Grad der Virulenz der Pilzstämme und endlich die Konzentration der Sporenemulsion.

Das außerordentliche Interesse, welches die hämatogene Infektion in allgemein-biologischer Hinsicht in uns erweckt einerseits, und einige

Digitized by Google

Punkte, welche bis jetzt in der Frage über die Lokalisation des pilzartigen Herdes noch unklar geblieben sind andererseits, bewogen uns eine Reihe von ergänzenden Kontrollversuchen zu machen. Wir benutzten zu unseren Versuchen Kaninchen, dieselbe Art von Tieren, deren sich auch die früheren Autoren zu ihren Experimenten bedient hatten. Wir wollten dadurch hauptsächlich erforschen, welchen Einfluß in ihren Versuchen die Gattung der Tiere auf das Resultat der Impfung gehabt haben konnte (das Meerschweinchen ist bekanntlich in bezug auf die Dermatomykosen ein „animal du choix" (Sabouraud).

Als Infektionsmaterial dient eine zwei- bis dreimonatige Kultur des Trichophyt. gypseum ein und desselben Stammes, welcher vor 2 Jahren von der Kranken N. mit einer tiefen Trichophytie (Kerion) auf dem rechten Handrücken erhalten worden war. Die Kultur war fünfmal durch den Organismus des Meerschweinchens passiert und 12—21 mal auf Sabourauds Zuckeragar überimpft worden. Ältere Kulturen des Trichophyt. gypseum, welche hauptsächlich aus Sporen bestehen, lassen sich leicht entfernen, ohne dabei Teile des Nährbodens mitzuziehen. Das aus einem Reagenzgläschen erhaltene Material wurde in 20 ccm physiologischer Kochsalzlösung sorgfältig mit einem Glasstäbchen durchgemischt, wonach die Emulsion durch 4—5 Schichten steriler Marli filtriert wurde. Das Filtrat opaleszierte leicht, mikroskopisch konnte man jedoch 30—50 Sporen im Gesichtsfelde feststellen. (C. Zeiss Obj. 40, Oc. 7x.) Die Emulsion wurde (wie von den meisten alten Autoren) vorzugsweise intravenös injiziert, wobei wir folgende Beweisführung im Auge hatten: Zwischen der intrakardialen (Saeves, Kogoj) und intravenösen Methode der Injektion des Infektionsmaterials dürfte kein prinzipieller Unterschied sein, während die letztere (bei den Kaninchen) gewisse Vorteile bietet, und zwar: 1. Die intravenöse Methode läßt mit größerer Sicherheit und weniger Mühe in den Blutkreislauf eindringen, und 2. sichert dieselbe eine aseptischere Arbeit. Unmittelbar vor der Inokulation wurde gewöhnlich auf der Seite oder dem Rücken des Kaninchens eine Stelle im Durchmesser von 10—15 cm kurz geschoren oder (seltener) rasiert, worauf die Haut mit Sandpapier skarifiziert wurde. Darauf wurde das Kaninchen in ein Laken gewickelt, so daß nur ein Ohr frei blieb. In die äußerste Vene wurden 2—5 ccm Emulsion injiziert, worauf die Stelle des Stiches, sowie die ihn umgebenden Teile auf einer Ausdehnung von 1—2 cm mit einer glühenden Pinzette ausgebrannt wurden. Darauf wurde das ganze Ohr dick mit Jod bestrichen. Das infizierte Kaninchen wurde nun in einen aparten Käfig gesetzt, in welchem noch niemals ein an Dermatomykose krankes Tier gewesen war. Alle diese Einzelheiten erwähnen wir absichtlich, um nicht vom Vorwurf getroffen zu werden, daß wir es mit einer exogenen Infektion zu tun gehabt haben könnten.

Auf die beschriebene Weise waren von uns 29 Kaninchen infiziert worden, während nur in 11 Fällen, also bei 38%, eine positive Impfung, d. h. Herde auf der Haut, erhalten wurden. Bevor wir zur Beurteilung der von uns erhaltenen Resultate übergehen, wollen wir uns erlauben, einige Auszüge aus unseren besonders charakteristischen Protokollen anzuführen:

Kaninchen Nr. 103. 27. XI. 1926: Rasieren, Skarifikation. Intrakardiale Injektion von 2 ccm Emulsion.

Digitized by Google

10. XII.: Auf der rasierten Stelle mehrere Herde ungefähr von der Größe einer kleinen Linse bis zu einer Haselnuß. Schuppen von grauer Farbe. Hyperämie. Infiltration schwach ausgeprägt. In den Schuppen Pilze +.

18. XII.: Ein Herd ist stark infiltriert. Viele infizierte Haare.

25. XII.: Der Herd bedeckt sich mit Krusten. Auf der rasierten Stelle bilden sich neue Herde.

15. I. 1927: Alle Herde sind mit einander verflossen und bilden eine allgemein infizierte Stelle von 2 × 5 cm Größe, mit scharf hyperämierter Grundlage und zahlreichen Schuppen von grauweißer Farbe. Die Infiltration ist deutlich ausgeprägt.

28. I.: Nur im zentralen Teil sind kleine Borken oder Schuppen zu sehen.

6. II.: Die Haut sieht normal aus.

Kaninchen Nr. 104. 27. XI. 1926: Rasieren, Skarifikation der Haut auf der linken Seite. Intravenös 2 ccm Emulsion.

11. XII.: Auf der rasierten Stelle sind Anhäufungen von Schuppen zu bemerken; auf hyperämisierter Grundlage ein Herd von der Größe einer Haselnuß. Pilze + in den Haaren und Schuppen.

17. XII.: Der Herd hat sich weit ausgebreitet. Die Infiltration ist unbedeutend. Die Grundlage ist scharf hyperämisiert. Zahlreiche infizierte Haare.

27. XII.: Es wird ein neuer Herd auf dem hinteren oberen Teil der rasierten Stelle vorgemerkt. Die Infiltrate sind schwach ausgeprägt. Schuppen sind zahlreich vorhanden.

31. XII.: Auf der ganzen rasierten Stelle zahlreiche kleine Herde verstreut.

15. I. 1927: Die Herde sind zusammengeflossen. Die ganze infizierte Stelle ist stark infiltriert und erhebt sich in ihrer zentralen Stelle merklich über das Niveau der gesunden Haut.

28. I.: Im zentralen Teil nimmt die Haut ihr normales Aussehen an. Die Infiltration hat sich verringert. An der Peripherie sind einige Borken + Pilze nachgeblieben.

10. II.: Die Haut ist frei von Borken und Schuppen. Im Zentrum zeigen sich Haare.

Kaninchen Nr. 2200. 6. X. 1927: Kurzes Scheren und Skarifikation. Intravenös 5 ccm Emulsion.

18. X.: Auf der geschorenen Stelle ist ein kleiner hyperämierter Herd von der Größe einer Linse. Einige Schuppen und Pilze.

25. X.: Der Herd ist stark hyperämiert und ist ein wenig größer geworden. Die Infiltration ist kaum ausgeprägt.

20. XI.: Ein Herd von 1,5 cm im Durchmesser, von runder Form und scharf abgegrenzt. Scharfe Hyperämie. Die Infiltration fehlt. Die Alopozie ist über die ganze skarifizierte Stelle verbreitet. Andere Herde sind nicht zu bemerken.

20. XI.: Der Herd ist blasser. Im Zentrum zeigen sich Haare.

Kaninchen Nr. 2250. 6. X. 1927: Kurzes Scheren, Skarifikation. Intravenös 5 ccm Emulsion.

23. X.: Scharfe Schuppenbildung auf dem ganzen skarifizierten Teile. Die Hyperämie und Infiltration fehlen. In den Haaren und Schuppen sieht man Pilze.

1. XI.: Schuppenbildung. Hyperämisierte Herde fehlen, + Pilze.

10. XI.: Schuppenbildung wie vormals. Pilze sind in den Schuppen nicht zu finden.

25. XI.: Im Zentrum der skarifizierten Stelle fangen die Haare an zu wachsen. Die Haut bekommt ihr normales Aussehen.

Schon auf Grund der angeführten Protokolle kann man sich einigermaßen ein Urteil über den Charakter der Erkrankung bei der hämatogenen Pilzinfektion bilden. Vor allen Dingen müssen wir bemerken, daß bei allen unseren Experimenten die Erkrankungen nur auf den skarifizierten Hautpartien beobachtet wurden, und dieser Umstand muß besonders hervorgehoben werden. Bei einem Falle (beim Kaninchen Nr. 102) erschien wohl, obgleich viel später, zwei und eine halbe Woche nach der Impfung, auf einer nicht gereizten Stelle, ein Herd, doch war es sogar bei der oberflächlichsten Untersuchung, schon zu Beginn des Prozesses

Digitized by Google

nicht schwer festzustellen, daß dieser Herd sich auf einer gebissenen Stelle entwickelt hatte (Dissemination?). Die von Kogoj erwähnten Erkrankungen am Ohr, an der Stelle des Stiches für die Blechnummer sind von uns auch nicht beobachtet worden, was wir dadurch erklären, daß unseren Kaninchen die Nummern lange Zeit vor dem Versuche (über einen Monat) eingestochen wurden. Daß der Herd unter dem dichten Felle unbemerkt bleiben konnte, ist wohl kaum anzunehmen, da die Untersuchungen sehr sorgfältig ausgeführt wurden. Die Inkubationsperiode dauerte nicht unter 12 Tage und erreichte in einigen Fällen 18 Tage, was die Inkubation bei der ektogenen Infektion bedeutend übersteigt. Was den Charakter der Erkrankung anbetrifft, so verläuft die Krankheit bei den verschiedenen Tieren lange nicht auf gleiche Weise. In einigen Fällen (z. B. beim Kaninchen Nr. 2200) beschränkte sich der Prozeß auf eine Alopezie und Abschuppung (+ Pilze in den Schuppen, im Laufe von zwei und einer halben Woche), in anderen Fällen (Nr. 2250) hatten wir isolierte, scharf abgegrenzte Pilzherde mit kleienartiger Schuppenbildung auf hyperämisierter Grundlage ohne merkliche Infiltration, im Durchmesser von 1—1,5 cm, in einigen Fällen dagegen (Kaninchen Nr. 103 und 104) bildeten sich zusammengeflossene Herde, welche die ganze rasierte Hautpartie bedeckten, mit stark ausgeprägter Infiltration und dicken Schichten aus bräunlichgrauen Borken. Die Dauer des Prozesses schwankt zwischen anderhalb und drei Monaten, wobei wir bemerken müssen, daß augenscheinlich die Menge des injizierten Infektionsmaterials auf den Charakter der Erkrankung keinen großen Einfluß hat. Das ergibt sich schon daraus, daß bei den Tieren Nr. 103 und 104, welche nur 2 ccm Emulsion bekommen hatten, der Prozeß auf der Haut viel länger dauerte und schwerer verlief als z. B. bei dem Tiere Nr. 2250, welches 5 ccm Emulsion von derselben Konzentration und vom selben Stamme erhalten hatte. Eine wichtigere Rolle spielt hierbei augenscheinlich außer anderen Faktoren, die Konstitution des Tieres. Wir halten es für möglich, daß auch die Art der Vorbereitung des Tieres (das Rasieren und Scheren) einen Einfluß auf den Charakter der Erkrankung (vergleiche die ersten Protokolle mit den letzten) gehabt haben konnte. Die allgemeinen Erscheinungen, das Abmagern, den Verlust des Appetits usw. konnten wir nicht beobachten. Interessant ist es, daß sich bei 3 Kaninchen, nach der Pilzinfektion, die Krätze progressiv zu entwickeln begann, die wir früher nicht beobachtet hatten, obgleich die Kaninchen über einen Monat bei uns gelebt hatten. Wir wagen jedoch nicht diese zweite Erkrankung mit Bestimmtheit in direkten Zusammenhang (Schwächung der Verteidigungsfähigkeit des Organismus) mit dem pilzartigen Prozesse zu bringen.

Indem wir nun zur Frage über die Lokalisation des Pilzherdes auf der Haut und ihrem Mechanimus bei der hämatogenen Infektion übergehen, wollen wir vor allen Dingen den Grund der oben erwähnten mißlungenen Versuche der alten Autoren bis zum Jahre 1916 feststellen. Saeves, welche eine Diskussion über diese Frage für unwesentlich hält, spricht trotzdem die Voraussetzung aus, daß der Mißerfolg vielleicht durch eine falsche Methodik hervorgerufen wurde, d. h. sie bezweifelt es, daß das Infektionsmaterial tatsächlich intrakardial injiziert wurde. Diese Betrachtungen müssen jedoch besonders nach den in großem Maßstabe ge-

Digitized by Google

machten Versuchen KOGOJS fortfallen, da es letzterem, wie gesagt, gelungen war, bei intralumbalen, intrakranialen und intrahepatealen Injektionen Herde auf der Haut hervorzurufen. In der von drei französischen Verfassern (BROCQ-ROUSSEAU, ACH. URBAIN und BARROTE) unlängst erschienenen Arbeit werden positive Resultate (Erkrankungen der Haut) angeführt, welche nach Inokulation durch den Mund und die Bauchhöhle erhalten wurden (wiederum bei vorhergegangener Skarifikation eines oder des anderen rasierten Teiles der Haut). Noch weniger überzeugend ist die Beweisführung, daß der Mißerfolg durch die ungenügende Menge des eingeführten Infektionsmaterials bedingt worden sein konnte. Von 2 bis 5 ccm Emulsion erhielten wir positive Impfungen und konnten zugleich bei den Tieren keinerlei allgemeine Erscheinungen beobachten. BUKOVSKY und SABRAZÈS, welche mit pathogenen Kulturen des Trichophytons und Achorions arbeiteten, impften so große Mengen ihres Materials ein, daß die meisten Tiere dabei zugrunde gingen, und doch war es ihnen kein einziges Mal gelungen, Herde auf der Haut hervorzurufen. Das Hauptgewicht liegt augenscheinlich gerade darin, was SAEVES zuerst bei der hämatogenen Pilzinfektion angewandt hatte, und zwar die Methodik LEWANDOWSKYS — das Rasieren und die Skarifikation. Diese Methodik zieht sich als Leitfaden auch durch alle folgenden Versuche (KOGOJ, BROCQ-ROUSSEAU, WERNER JADASSON und unsere). Auf Grund dessen, daß die Herde oftmals auch auf nicht gereizten Hautpartien erhalten werden, ist SAEVES wohl geneigt, der Skarifikation die Rolle des Hauptfaktors abzusprechen. KOGOJ betont jedoch schon, daß auf der ungereizten Haut die Herde in schwächerer Form und später erscheinen als auf der skarifizierten (Dissemination); dagegen haben wir bei einem zu den Dermatomykosen weniger geneigten Kaninchen auf der ungereizten Haut überhaupt keine Herde erhalten. Sollte man hierbei nicht an die große Rolle denken, welche das Trauma, das ein Locus minoris resistentiae bedingt, oft bei der Entwicklung der lokalen Infektion spielt. Die Skarifikation nach LEWANDOWSKY schafft gerade eine solche „Stelle des schwächsten Widerstandes". Ferner wissen wir, daß es schon in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts TARNOWSKY gelungen war, durch Kauterisation einen spezifischen Herd auf der Haut eines latenten Syphilitikers hervorzurufen. Denselben Effekt haben später SCHERESCHEWSKY und WORMS mit Hilfe der Skarifikation erzielt. (Nach KOGOJ zitiert.) Bei diesen Versuchen spielte, außer der „Stelle des schwächsten Widerstandes" die von BESREDKA so energisch vertretene elektive Lokalisation des Virus eine große Rolle. In bezug auf die Dermatophyten unterliegen übrigens die elektinen Eigenschaften der Haut keinem Zweifel. So sind wir also auf Grund literarischer Angaben und unserer eigenen Experimente im allgemeinen geneigt, die Lokalisation der hämatogenen Pilzinfektion auf folgende Weise zu erklären: die auf hämatogenem Wege eingeführten Sporen zirkulieren eine gewisse Zeit hindurch in dem Blutkreislauf. Bei der unverletzten Haut bilden die Wände der Kapilläre ein undurchdringliches Hindernis, und eine Erkrankung hervorzurufen sind sie nicht imstande. Das Rasieren, die Skarifikation, das Kratzen, kurz jeder Faktor, welcher eine Entzündung auch nur von kurzer Dauer hervorruft, trägt zum Durchdringen des Parasiten aus den Papillarkapillaren in die benachbarten Hautschichten bei,

Digitized by Google

in einen günstigeren, wenn nicht den einzigen günstigen Nährboden für sein Wachstum und seine Vermehrung, wo er sich entwickelt und seine pathogenen Eigenschaften zu entwickeln beginnt. Den verhältnismäßig kleinen Prozentsatz der positiven Impfung bei unseren Versuchen glauben wir teilweise dadurch erklären zu können, daß wir oft das Rasieren fortließen und uns auf die (augenscheinlich ungenügende) Skarifikation der kurz geschorenen Hautpartien beschränkten.

Wodurch läßt sich aber die Tatsache erklären, daß es Kogoj gelungen ist, Herde auf solchen Teilen der Haut hervorzurufen, welche er erst 24 Stunden nach der Inokulation gereizt hatte. Hier konnten a priori zweierlei Voraussetzungen zugelassen werden: entweder zirkulieren die eingeführten Sporen beim Moment der Skarifikation noch im Blute oder sie bilden, indem sie die feinen Gefäße verstopfen, ein Depot, aus dem sie von Zeit zu Zeit herausdringen und auf diesem Wege in die gereizte Haut kommen. Um diese Frage aufzuklären, machten wir in bestimmten Zeiträumen nach der Inokulation eine Serie von Blutaussaaten. Das Blut wurde unmittelbar aus dem Herzen mit einer 5—10 g-Spritze, welcher eine lange Nadel angesetzt war, genommen. Das Haar in der Herzgegend wurde kurz geschoren und die Haut mehrmals sorgfältig mit Spiritus und Jod gereinigt. Die aus dem Herzen entfernte Nadel wurde von der Spritze abgenommen, und die Aussaat unmittelbar aus der Spritze, welche vorher durch die Flamme geführt worden war, gemacht. Das Blut eines jeden Kaninchens wurde gleichzeitig in 7—8 breiten Reagenzgläschen (bis zu 2 cm lichte Weite) mit Zuckeragar und einem Kolben mit Zuckerbouillon Sabourauds geimpft. Übrigens müssen mir bemerken, daß in einigen Fällen ein Wuchs nur auf einem festen Nährboden erzielt wurde, obgleich auf der Bouillon viel größere Mengen von Blut bis zu 5 cm ausgesät wurden. Diesen Umstand erklären wir uns dadurch, daß beim flüssigen Nährboden augenscheinlich der Zustrom des Sauerstoffes aus der Luft, welcher für das Wachstum der Pilze so notwendig ist, erschwert wurde. Die Resultate der Aussaat sind in folgender Tabelle angeführt:

Resultate der Blutaussaaten

Wieviel Stunden nach der Injektion	Anzahl der Kaninchen	Zahl +	Zahl −	Geimpft	Reagenzgläschen	Zahl +	Zahl −	Prozent +
1 Std. 15 Min.	2	2	—	14	Reagenzgl. + 2 Kolben	14 + 2 K.	—	100%
3 „	2	2	—	15	Reagenzgl.	15	—	100%
5 „	1	1	—	7	Reagenzgl. + 2 Kolben	7	1 K.	100%
28 „	6	3	3	41	Reagenzgl. + 2 Kolben	4	36 + 2 K.	10%
46 „	3	1	2	20	Reagenzgl.	1	19	5%
72 „	8	1	7	52	Reagenzgl.	1	51	2%

Diese Tabelle gibt vor allen Dingen eine erschöpfende Antwort auf die von uns gestellte Frage. Wenn es uns noch nach 28 Stunden gelungen war, bei 3 Kaninchen unter 6 die reine Kultur des Trich. gypseum auszuscheiden, so ist es augenscheinlich, daß um diese Zeit der Parasit noch in genügender Menge im Blute vorhanden ist, und wir uns nicht

Digitized by Google

zu wundern brauchen, wenn unserer Annahme gemäß die Sporen in einen Hautteil gelangen, welcher erst 24 Stunden nach der Inokulation gereizt wird. Gleichzeitig widerlegen die nach 72 Stunden gemachten positiven Aussaaten die von Kogoj geäußerte Voraussetzung, daß die Sporen wahrscheinlich sehr schnell den Blutkreislauf verlassen (S. 340). Andererseits zeigen uns die letzten Rubriken der Tabelle, daß die Hauptmasse der eingeführten Sporen tatsächlich schon im Laufe der ersten 24 Stunden irgend wohin verschwindet. Während nach 3 und 4 Stunden in allen Reagenzgläschen ein Wachstum erhalten wurde, hatten wir nach 28 Stunden 10% positiver Aussaat, nach 46 Stunden 5% und nach 72 Stunden nur 2%. Die Aussaaten nach 6 und nach 26 Tagen ergaben vollständig negative Resultate. Wohin die Hauptmasse der Sporen verschwindet, können wir bis jetzt noch nicht sagen; es wird den Gegenstand unserer weiteren Forschungen bilden. Es ist sehr möglich, daß, während sie sich an dem Endothelium der Gefäße fixieren (ankleben), sie in einigen Fällen jene miliaren Knötchen hervorrufen, welche von Bodin, Bukowsky und Sabrazès beschrieben werden, und daß sie in anderen Fällen dagegen verdaut und eliminiert werden.

Jessner und Hoffmann beweisen das Vorhandensein einer Ansammlung von defensiven Eigenschaften im Blute der Trichophytiekranken. Diesen Angaben gemäß könnte das Verschwinden der Sporen im Tierorganismus auch einfach erklärt werden, um so mehr, als die immunen (allergischen) Eigenschaften vom Tiere gerade zum 6.—8. Tage nach der Inokulation erlangt werden. Die erwähnten Experimente sind bis jetzt leider nur noch wenig geprüft worden. Einer von uns hatte schon Gelegenheit zu äußern, daß bei seinen zahlreichen Kontrollexperimenten durch die Wirkung des Serums der an tiefer Trichophytie Kranken auf die Kultur des Trich. gypseum im Laufe von 1, 2 und 24 Stunden bei einer Temperatur von 37°, der Wuchs nicht merklich aufgehalten wurde. Andererseits wird die Bildung der immunen Eigenschaften bei den Dermatomykosen von mehreren Autoren (Bloch u. a.) hauptsächlich der Haut zugeschrieben. Indirekt wird diese Annahme durch unsere folgenden Versuche bestätigt. Wir beschlossen das Bild der Erkrankung nach einer wiederholten Hautimpfung bei denjenigen Kaninichen zu beobachten, welchen seinerzeit intravenös bis zu 5 ccm Sporenemulsion eingeführt worden war und bei denen danach sich keinerlei Erkrankungen der Haut geäußert hatten. Zu diesem Zwecke wurden 2 Kaninchen (Nr. 107 und 2258) nach dem Rasieren in die skarifizierte Haut eine siebenwöchige Kultur des Trich. gypseum einverleibt. Im Laufe von 7—10 Tagen nach der Inkubation entwickelte sich bei beiden Kaninchen der Prozeß, welcher weder der Intensität noch der Dauer nach, als allergisch qualifiziert werden konnten. Dieser Versuch bestätigt die Annahme Blochs, daß die Tiere ihre immunen (allergischen) Eigenschaften erst nach der Hautimpfung erlangen, und diese Tatsache muß ihrerseits für eine rein lokale Hautallergie bei den Dermatomykosen sprechen.

Zusammenfassung

Die Versuche mit der hämatogenen Pilzinfektion begannen erst dann zu gelingen, als solche Bedingungen geschaffen wurden, die den Parasiten

Digitized by Google

die Möglichkeit gaben, in den für sie günstigsten Nährboden, und zwar die oberen Hautschichten zu dringen. Diesen Bedingungen genügt die Methodik Lewandowskys, sowie jedes andere Trauma, welches gleichzeitig die Barriere zwischen dem Blutkreislauf und der Haut stört.

Bei den Experimenten an Kaninchen ist die einfachere intravenöse Methode (der intrakardialen Einführung des Materials), welche zugleich eine aseptischere Arbeit ermöglicht, vorzuziehen.

Die injizierte Pilzkultur zirkuliert wenigstens 3 Tage im Blute, obgleich die Mehrzahl der Parasiten schon im Laufe des ersten Tages verschwindet.

Ein Kaninchen, welches auf die eingeführte Emulsion nicht durch eine Erkrankung der Haut reagiert, wird nicht sensibilisiert, und bei der wiederholten Impfung der skarifizierten Haut eines solchen Kaninchens verläuft der Prozeß in der Weise, als wäre das Tier mit dem parasitären Pilze niemals in Berührung gekommen.

Literatur

1. Quincke, Arch. f. Derm., 1895. — 2. Elsenberg, Arch. f. Derm., 1889. — 3. Carini, Lo sperimentale, 1891. — 4. Truffi, Giorn. Ital. d. mal Ven. epedelle, 1902. — 5. Citron, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1905. — 6. Br. Bloch, Arch. f. Derm., 1908 und M. m. W., 1915. — 7. Lombardo, Giorn. St. d. mal della pella, 1911. — 8. Sabrazès, Ann. de Derm., 1893. — 9. Bodin, Ann. de Derm. et de Syph., 1893 u. 1894. — 10. Bukovsky, Arch. f. Derm., Bd. 51. — 11. Saeves, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121. — 12. Kogoj, Arch. f. Derm., 1926, Bd. 150. — 13. Broq-Rousseau, Urbain u. Barrote, C. R. de Soc. de Brologie., 1926. — 14. W. Jadassohn, Arch. f. Derm., 1927, Bd. 153. — 15. Zit. n. Kogoj. — 16. Fried, Ven. u. Derm., 1927, Nr. 1.

Von Funden mittelalterlicher Syphilis

Von

Prof. A. v. Notthafft in München

III.

Aus dem 12. Jahrhundert stammt das Büchlein „Causae et curae" der gelehrten Äbtissin und Heiligen Hildegard von Bingen[1]). Sie kann als die erste schriftstellernde Ärztin der Deutschen bezeichnet werden. Ihre medizinischen und naturwissenschaftlichen Anschauungen wird sie wohl im wesentlichen aus den Traditionen des Benediktinerordens, dem sie angehörte, und aus ihrer ausgedehnten ärztlichen Praxis geschöpft haben. Ihre Werke geben uns einwandfrei Kunde von den naturwissenschaftlichen Anschauungen der gebildeten Deutschen des 12. Jahrhunderts[2]). Natürlich darf man ihre Werke nicht vom Standpunkt unseres heutigen Wissens beurteilen. Dann wären sie großenteils Blödsinn[3]). Sie war eben ein Kind ihrer Zeit, und für ihre Zeit hat sie genug getan. Der Ruf

---

[1]) Hildegardis causae et curae. Edidit. P. Kaiser, Lipsiae 1903 (Teubner). — [2]) Kaiser, Paul, Die naturwissenschaftlichen Schriften der Hildegard von Bingen. Berlin 1901. (Wissenschaftliche Beilage zum Jahresbericht des Königstädtischen Gymnasiums zu Berlin.) — [3]) Siehe z. B. das Kapitel 102 (de mandragora) des 2. Buches von Hildegards Physica, Argentorati 1533, S. 45—46!

Digitized by Google

der heiligen HILDEGARD als der einer großen Ärztin hat sich bis ins 16. Jahrhundert erhalten.

G. STICKER[1]) soll zuerst in einer Krankheitsschilderung, wie sie die gelehrte Äbtissin von der „Lepra" gibt, die Syphilis wiedererkannt haben. Denn es sei da von Menschen die Rede, welche maßlos der Wollust fröhnen und in der Folge zu Blutverderbnis und allgemeinem Siechtum kommen, so daß ihnen Fleisch und Haut zugrunde geht, und die Haut sich mit breiten, flächenhaften, mit Krusten bedeckten Geschwüren überzieht, unter deren Decke das rote Fleisch zum Vorschein kommt. HILDEBRAND[2]) übernimmt diesen Syphilisfund und ergänzt ihn durch die weitere Entdeckung, daß sogar die progressive Paralyse, deren ausschließlich syphilitische Natur erst in neuester Zeit erkannt wurde, „mindestens mit Wahrscheinlichkeit" der heiligen HILDEGARD nicht unbekannt gewesen ist.

Von den fraglichen Stellen findet sich die eine Lib. II, Cap. de lepra (ED. KAISER, S. 161), die andere (über die „Paralyse") Lib. II, Cap. de Litargia (ED. KAISER, S. 145).

Stelle I: Nachdem in einem kurzen Kapitel „de gula" (von der Freßgier) dargetan ist, daß man durch Fressen üppiger Kost und Saufen auf dem Umwege über Bluteindickung unreine und geschwürsbedeckte Haut bekommt, nachdem im folgenden Kapitelchen „de ulceribus leprae" behauptet ist, daß arme Leute auch durch andere Diätfehler auf gleiche Art erkranken können, wird in dem Kapitel „de lepra", mit welchem Namen die heilige HILDEGARD offenbar verschiedene Hauterkrankungen bezeichnet, dargetan, daß man durch den Einfluß von Zorn und Leber „Lepra" bekommen könne. Dann heißt es weiter:

„Sunt et alii quidam homines de libidine incontinentes, ita quod nec continentiam habent nec eam habere quaerunt, unde sanguis eorum saepe et inordinate concutitur ... Et cum homines isti sic in libidine ardent, ita quod sanguis eorum frequenter inordinate concutitur, ita quod nec rectus sanguis est nec recta aqua nec recta spuma, tunc in pravum liquorem et in tabem vertitur et sic carnem et cutem hominis corrumpit et in ulcera evertit."

Zu deutsch: „Es gibt aber auch andere Menschen, die aus Sinnlichkeit unenthaltsam sind, so daß sie weder Enthaltsamkeit besitzen noch sie auch nur erstreben; daher wird ihr Blut oft und unregelmäßig durcheinandergeschüttelt . . . Und da jenes Menschenzeug so in Sinnlichkeit entbrannt ist, so daß ihr Blut häufig unordentlich aufgerüttelt wird, so daß dieses weder richtiges Blut, noch richtiges Wasser, noch richtiger Schaum ist, wird es in abnorme Flüssigkeit und in Gift umgewandelt, und verdirbt so Fleisch und Haut des Menschen und wandelt diese in Geschwüre um." Im folgenden Kapitel „de leprae signis" werden die unter dem Titel lepra zusammengefaßten Krankheitsbilder wieder auseinandergezogen. Die aus Völlerei entstehende „Lepra" macht rote Knoten und Blasen, die durch den Einfluß der Leber entstehende tiefgehende, bis auf den Knochen reichende Einrisse und Schwarzfärbung in Haut und Fleisch, „sed quae de libidine est, latas superficies ulcerum parat, velut cortices, et sub eis carnem rubram" („die aus Sinnlichkeit stammende Lepra aber erzeugt große Geschwürsflächen, wie Schalen [Borken?], unter welchen sich das rote Fleisch befindet").

Es wird also von der heiligen HILDEGARD eine „Lepra"-Form von anderen „Lepra"-Formen abgetrennt, welche bei Ausschweifenden ent-

[1]) STICKER, G., in Mense, Handb. d. Tropenkrkh., Leipzig 1924, Bd. 2, 3. Aufl. Zit. nach HILDEBRAND, M. m. W., 1925, Nr. 11, S. 443, da wir uns die 2. Auflage dieses Werkes nicht beschaffen konnten. — [2]) HILDEBRAND, M. m. W., 1925, Nr. 11, S. 442.

Digitized by Google

steht und auf dem Umwege über eine Verderbung und Vergiftung des Blutes große Hautgeschwüre erzeugt, welche mit Borken (?) bedeckt sind, nach deren Abhebung sich das rote Fleisch zeigt. Auch bei Syphilis ist ein solcher Kausalnexus und sind solche Erscheinungen gegeben. Aber muß man deshalb Syphilis annehmen? In meiner „Legende der Altertumssyphilis" habe ich meines Wissens als erster die Forderung aufgestellt, daß, wer aus einer Schriftstelle den Schluß ziehen will, der Autor habe die Syphilis vor sich gehabt, daß dieser Forscher dann den Beweis zu erbringen hat, daß das geschilderte Übel nur die Syphilis und nichts anderes gewesen sein kann. J. BLOCH hat sich im zweiten Band seines „Ursprung der Syphilis" dieses Axiom angeeignet, allerdings, wie es bei BLOCH ja so häufig ist, ohne seine Quelle zu zitieren. Mit Möglichkeiten, Wahrscheinlichkeiten, Ähnlichkeiten und subjektiven Eindrücken gibt es keine Forschungen zur Syphilisgeschichte. Ich brauche Dermatologen nicht darauf aufmerksam zu machen, daß es viele Hauterkrankungen gibt, bei welchen unter Borken das „Fleisch" erscheint. Was heißt bei HILDEGARD „Geschwür", was heißt „rotes Fleisch". Sind das tiefgreifende Ulzerationen nach unserer heutigen Terminologie? Die Bezugnahme der Äbtissin auf verdorbenes Blut und Ausschweifung darf man doch um Gottes willen nicht mit modernen naturwissenschaftlichen Augen ansehen! Die Ausschweifungen sind einfach willkürlich in ursächliche Beziehung gesetzt, wie z. B. heute noch die Laienwelt vom Wegamüsieren der Haare redet, wo es sich um ganz ehrliche Platten handelt. Die Theorie der Blutvergiftung hängt aber einfach mit den humoralpathologischen Spekulationen der Verfasserin zusammen. Ganz klar wird dieses aus anderen Stellen. Da heißt es im unmittelbar Vorhergehenden, daß bei jähzornigen Menschen mit dicker Materie des Fleisches ihr Blut sich um die Leber ansammelt, sich mit dem Blute und der harten Eigenschaft dieses Organes mischt, und wenn es dann in den Körper zurückströmt, Haut und Fleisch durchbricht, so daß die Haut einreißt und die Nase rissig wird und dick anschwillt. So reden noch heute die Kurpfuscher. Wenn ein Mediziner heute solches schreiben würde, würde man ihn auslachen; wenn aber solch ein Unsinn eines alten Autors irgendwie etwas enthält, was auch bei Syphilis vorkommt, dann ruft man εὕρηκα. Im übrigen geht die Unhaltbarkeit der STICKER-HILDEBRANDschen Deutung noch aus dem Schlußsatz des Kapitels „de leprae signis", welche beide einer Erwähnung wohl nicht für wert gehalten haben, hervor: „tertia (infirmitas)", das ist die geschilderte, aus Ausschweifungen hervorgehende, die Blut- und „charakteristische" Hautverderbnis zeigende, „vero facile emendatur". Also während die anderen „Lepra"-Formen schwierig zu heilen sind, wäre die syphilitische leicht zu heilen. Seit wir Quecksilber, Jod, Salvarsan und Wismut besitzen, kann man das — wenigstens so ungefähr — sagen. Nun erinnere man sich aber, welche Not Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhunderts geherrscht hat, bis man das Quecksilber zu schätzen lernte und welche Erleichterung später noch Jod und Salvarsan gebracht haben!

Stelle II lautet: „De litargia: Mali quoque humores in quibusdam hominibus interdum fumum faciunt; qui usque ad cerebrum eorum ascendit et illud ita inficit, quod ex hoc stulti et obliviosi ac sensu vacui fiunt."

Digitized by Google

Zu deutsch: „Von der Schlafsucht: Auch erzeugen schlechte Säfte bei manchen Menschen zuweilen einen Dunst, der bis zu ihrem Gehirn aufsteigt und dieses so verdirbt (ansteckt?), daß sie daraus dumm, vergeßlich und der Vernunft bar werden."

Das ist eine einfache Schilderung der Abnahme der Geisteskräfte, wie sie bei den verschiedensten Formen von Verblödung, bei Arteriosklerose, Alkoholismus und anderem vorkommen[1]). Es handelt sich um einen durch rein persönlich-subjektive oder auch anderswoher übernommene Spekulationen gewonnenen Erklärungsversuch für die Entstehung einer Abnahme der Geisteskräfte. Diese Spekulationen sind der Ausdruck einer Befangenheit in ererbten humoralpathologischen Vorstellungen und sind daher heute für uns wertlos. Aber indem HILDEBRAND „fumus"=„Rauch" einfach mit „unsichtbares (toxisches) Agens" übersetzt und in die Phrase „geistesschwach, vergeßlich und vollkommen blöde" willkürlich ein „schließlich" („und schließlich vollkommen blöde") einschiebt, wird aus der unklaren Schilderung der Entstehung von Geistesschwäche die Schilderung einer bestimmten Geisteskrankheit, die infektiösen Ursprungs ist, die gern mit charakteristischen Stufen ausgezeichnete Paralyse[2]). Wenn einmal nachgewiesen ist, daß jeder Mensch, der „vertrottelt", nur durch die Syphilis „vertrottelt", dann will auch ich „mit Bestimmtheit" hier eine Paralyseschilderung annehmen. Erst Ende des 17. Jahrhunderts kommen in dem Werke „de anima brutorum" des Engländers THOMAS WILLIS Sätze vor, aus welchen man schließen kann, daß die Paralyse zu jener Zeit schon bestanden hat. (Als selbständige Krankheit hat sie 1822 erst BAYLE erkannt, und die Zugehörigkeit zur Syphilis ist erst in den letzten Jahrzehnten klinisch, experimentell, anamnestisch, histologisch und serologisch dargetan worden.)

Im „Ostrom" des Mittelalters hat HILDEBRAND[3]) zweimal die Syphilis gefunden. Die erste Stelle steht in einem Gedicht „κατὰ φιλοπόρνου γραός", das, wie der Titel sagt, gegen eine alte „Hure" gerichtet ist.

Für unsere Zwecke ist es gleichgültig, ob der Verfasser dieses, in fürchterlichen Versen abgefaßten Poems, wie einige wollen, THEODOROS PRODROMOS[4]) oder MANUEL PHILAS[5]) ist. Ersterer lebte in der ersten Hälfte des 12. Jahrhunderts in bitterer Armut, weshalb er sich selbst Bettelprodromos (πτωχοπρόδρομος) nannte. In seinen Satiren läßt er einen zwar urwüchsigen, aber proletarischen, dürftigen und plumpen Humor los. Es sind richtige Schimpfereien, wo die Kraft des Ausdruckes den Gedankeninhalt ersetzen muß. Der andere, aus Ephesus gebürtig, lebte zwischen 1275 und 1345 in Konstantinopel (MILLER gibt „1280—1330 atque ultra" an). Auch er war ein richtiger Betteldichter und Schmarotzer. Viele der unter seinem Namen gesammelten Gedichte stammen von anderen.

---

[1]) Darüber, daß die Lethargie bzw. der Lethargus der Alten mit Paralyse nichts zu tun hat, durch Verschiedenes erzeugt wird, zum Teil nur eine akute Krankheit, ja vielleicht vielfach nur ein Symptom ist, siehe HIPPOKRATES. Editio Kühn, Bd. 1, S. 252, Bd. 2, S. 281 und 296, Bd. 3, S. 724 und 726, und PLINIUS, Hist. nat., Lib. 20, Kap. 12, Lib. 23, Kap. 1, Lib. 28, Kap. 8, Lib. 30, Kap. 2, Lib. 32, Kap. 10! — [2]) Siehe meine Besprechung der HILDEBRANDschen Abhandlung in Derm. W., 1926, Nr. 37, S. 1384, in welcher ich meines Wissens als erster die Schlußfolgerungen unseres Autors widerlegt habe! — [3]) HILDEBRAND, PH., Syphilis in Ostrom. M. m. W., 1925, Nr. 45, S. 1928. — [4]) Siehe BAUMGARTNER, ALEXANDER, Geschichte der Weltliteratur, Freiburg 1900, Bd. 4, S. 548! — [5]) MANUELIS PHILAE carmina. Ed. T. Miller, Paris 1857. Tom. post. Praefatio, S. IV sq. Das Gedicht selbst: S. 306 sq.

Digitized by Google

Aus dem oben genannten Gedicht bringt HILDEBRAND ein paar Verse, die er folgendermaßen übersetzt:

„O abscheuliche Alte, großes Unheil für die Menschen! O abscheuliche Alte, siecher als einer, den Gott gezeichnet, triefende Runzel und durch und durch verseuchtes Scheusal! Die Krankheitsmale legen mit wahrer Stentorstimme Zeugnis ab von dem Lebenswandel der morschen Vettel."

HILDEBRAND meint, daß „hier unverkennbar auf jenes chronische konstitutionelle Übel angespielt wird, dem die Lustdirnen mit der Zeit fast ausnahmslos zum Opfer fallen und das nur Syphilis sein kann".

Bei richtiger Übersetzung und mit Berücksichtigung des Zusammenhanges ergibt sich aber etwas ganz anderes: das „Gedicht" beginnt mit den Versen:

„Ὦ μιαρὰ γραῦς, κακὸν ἀνθρώποις μέγα! / Ὦ μιαρὰ γραῦς, Θουκρίτου παλαιτέρα, / Ῥυτὶς βοικὴ καὶ χρονικὴ[1]) σαπρία!"

Zu deutsch: „O dreckige (oder: abscheuliche) Vettel, großes Unheil für die Menschen! O dreckige Vettel, älter als Theokrit[2]), triefende (oder: schwammige, oder: mit dem Fluß behaftete) Runzel und längst verfault."

Hierauf wird ihr in nicht weniger als 89 Versen ihre Geilheit und ihr Dirnencharakter, wird ihr vorgeworfen, daß sie sich färbt, zahnlos und triefäugig ist, die Altersgicht, ihr jetziger Beruf einer Kupplerin, Gestank und mehr dergleichen, worauf es, aber erst Vers 93 und 94, also nicht in unmittelbarem Zusammenhang, wie man nach HILDEBRAND glauben sollte, weiter heißt:

„Τὰ στίγματα κράζουσιν ἀντὶ στεντόρων, / καὶ μαρτυροῦσιν τὸν βίον τῆς πεμπέλου."

Zu deutsch: „Die Zeichen schreien an Stelle von (wie?) Stentoren / Und bezeugen den Lebenswandel der morschen Alten."

Den Schluß bildet der Ausspruch, daß man sie dem Zerberus vorwerfen solle; aber selbst für den Höllenhund dürfte ihr Fleisch zu hart sein.

Der Sinn der Schimpferei ist ganz undeutig: Obwohl die abstoßende Vettel jedes körperlichen Reizes bar ist, beschäftigt sie sich trotzdem immer noch mit der Unzucht. Die Spuren ihres Lebenswandels sind ihr tief in ihre abgelebten Züge eingegraben. Nichts von geschlechtlicher Krankheit. HILDEBRAND konnte nur dadurch zu einer anderen Deutung kommen, daß er „χρονικὴ σαπρία" = „seit langer Zeit bestehende Fäulnis" willkürlich mit „durch und durch verseucht" übersetzt, die στίγματα als Krankheitszeichen deutet und „Θουκρίτου" als „von Gott gezeichnet" nimmt; letzteres ist gramatikalisch einfach unmöglich; ebenso ist die Übersetzung von „παλαιτέρα" = „älter" mit „siecher" unhaltbar; παλαιός heißt überall und immer nur „alt". Auch die Zusammenziehung zweier, weit entfernt voneinander stehender Stellen, ohne daß dieses ausdrück-

[1]) χρονικός = zur Zeit gehörig dürfte für χρόνιος = seit langer Zeit stehen. — [2]) Vgl. BOISSONADE, J. FR., Anecdota Graeca, Paris 1832, Bd. 4, S. 430! „Lege Θουκρίτου e codice. Respicitur idem ille senex." (Wer dieser Theokrit war, ist für unsere Zwecke gleichgültig.) THORLACIUS liest θεοῦ κρίτου (κριτοῦ?). Bei meiner Besprechung der HILDEBRANDschen Arbeit in Derm. W., 1926, Nr. 37, S. 1384, wo mir nur die von diesem herausgezogenen Verse vorlagen, habe ich sie mit „Götterrichter" übersetzt und an eine Bezugnahme auf die uralten Götterrichter der Unterwelt Äakos, Rhadamanthys und Minos gegeben geglaubt. Prof. DREKUP-Nijwmegen hält diese meine Deutung für falsch.

Digitized by Google

lich angegeben wird, dürfte irreführend und unzulässig sein, steht aber in der Geschichte der „Syphilisstellen" nicht vereinzelt[1]).

Die andere von HILDEBRAND als Beweis für das Bestehen mittelalterlicher Syphilis in Ostrom aufgefaßte Stelle findet sich in dem aus dem Ende des 13. oder dem Anfang des 14. Jahrhunderts stammenden, in vulgärgriechischer Sprache geschriebenen „Erbaulichen ABC"[2]). Unser Autor übersetzt: „Wenn die gefährliche Geschlechtsräude dich plagt, o Mensch, verlangst du sehnlichst nach einer Kur und rennst nach einem Arzt herum, damit du Hilfe findest, und gibst willig von deinem Reichtum und deiner Habe. Wenn du nun Heilung suchst für deinen zerrütteten Leib, willst du nicht auch deinen kranken Geist behandelt wissen?" Der Dichter spräche hier „ohne Frage von einem schweren, nicht nur mit körperlicher Zerrüttung, sondern auch mit Verfall der Geisteskräfte einhergehendem Allgemeinleiden, das durch maßlose geschlechtliche Vermischung so leicht erworben wird". „Als erfahrener Seelenhirt" habe „der Verfasser bei manchen Sündern in venere den späteren Ausbruch von wirklicher, organischer Geisteskrankheit, das heißt eine stetig fortschreitende Abnahme der logischen Geisteskräfte, die schließlich in Verblödung ausartete, beobachtet, so daß die Diagnose ‚progressive Paralyse' . . . gerechtfertigt erscheint"[3]).

Die Deutung HILDEBRANDS ist irrig, wie ich schon in meiner Besprechung seiner Arbeit[4]) dargetan habe. In Wirklichkeit gibt der geistliche Verfasser des αλφάβητος nach Art eines THOMAS A KEMPIS erbauliche Untersuchungen über die Nichtigkeit der Welt. Er warnt vor der Sinnenlust (ὄρεξις), durch welche so viele sich ihre Seele (ψυχήν), verderben (Vers 76 und 98). Natürlich wird dabei auch ganz im Stil der geistlichen Schriftsteller jener Zeit vor der „janua diaboli", dem Weib, gewarnt (Vers 78—79). Darum: „Bereue und verjage die schlimmen Begierden!" (Vers 97). Und nun kommen die „Syphilis"-Verse 111—115.

„Ψώραν ἂν ἔχῃς, ἄνθρωπε, γυρεύεις θεραπείαν / καὶ τριγυρίζεις ἰατρὸν, νὰ λάβῃς θεραπείαν, / καὶ δίδεις ἐκ τὰ πλούτη σου κι ἀπς τὰ ἔχοντά σου. / ἂν εἰς τὴν σάρκα τὴν φθαρτὴν γυρεύῃς θεραπείαν, / τὴν τῆς ψυχῆς ἀσθένειαν οὐ μέλλεις θεραπεῦσαι."

Zu deutsch: „Wenn du die ‚Psora' hast, o Mensch, dann verlangst du Behandlung und läufst nach einem Arzt herum, damit du Behandlung fändest, und gibst von deinem Reichtum und deinem Habe. Wenn du nun für das verdorbene (hier wohl: sterbliche) Fleisch Behandlung verlangst, mußt du dann nicht die Krankheit der Seele behandeln?" d. h. natürlich: die Begierde ablegen und Buße tun. Damit endigt das „erbauliche Abc".

Wie kam nun HILDEBRAND bei so klarem Sinn zur Syphilis und Paralyse? Sehr einfach: Die „ψώρα", ein Sammelbegriff für verschiedene Hautleiden, ist ihm die „verderbliche Geschlechtsräude". Warum? Weil kurz vorher vor den Weibern gewarnt ist, das heißt vor der Befleckung der Seele mit Weibern, während HILDEBRAND eine Ansteckung des Leibes

[1]) Vgl. die Mißhandlung SENECAS durch K. F. H. MARX und PROKSCH bei NOTTHAFFT, Legende von der Altertumssyphilis, S. 88! — [2]) Ἀλφάβητος κατανύκτιος καὶ ψυχωφελὴς περὶ τοῦ ματαίου κόσμου τούτου. In Carmina Graeca medii aevi. Edit. Guilelmus Wagner, Lips. 1874, S. 242—247. Die Stelle selbst steht Vers 111 bis 115, S. 246 bis 247. — [3]) HILDEBRAND, PH., Syphilis in Ostrom. M. m. W., 1925, Nr. 45, S. 1928. — [4]) Derm. W., 1926, Nr. 37, S. 1384.

Digitized by Google

beim Geschlechtsverkehr wittert und weil im 15. und 16. (!!) Jahrhundert, als die Syphilis zum erstenmal verheerend durch Europa zog, die Ärzte auf der Suche nach Namen und Art der ganz neuen und unbekannten Krankheit dieser neben Dutzenden anderer aus der altgriechischen Medizin herübergenommenen Namen auch den Namen φώρα (sc. Gallica) beigelegt haben. Wo die Syphilis ist, ist aber auch die Paralyse nicht weit. Daher ist ψυχή nicht mehr einfach die „Seele", sondern der „Verstand", die „ἀσθένεια ψυχῆς" ist nicht mehr „Krankheit der Seele", sondern „Geisteskrankheit" und „χάνειν ψυχήν" heißt nicht mehr „die Seele verderben", sondern „verrückt werden". Mit einer solchen Ausdeutungskunst, wie sie HILDEBRAND hier entwickelt, kann man aus allen Abhandlungen der Kirchenväter, welche so schön und kräftig über die Weiber losziehen, Vorträge über Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten machen.

Damit schließe ich das Register von antiken und frühmittelalterlichen „Syphilisfunden". Es ist zu einem Register der HILDEBRANDschen Arbeiten geworden. Das war ursprünglich nicht meine Absicht. Aber die Materie wächst mir unter den Händen ins Riesengroße. Es ist leichter, derartige Syphilis zu finden und mit dem Brustton der Überzeugung dann zu verkünden: „Es kann als sicher gelten, daß die Syphilis bereits im frühen Mittelalter in Europa existiert hat", „damit ist der Theorie von dem ausschließlich amerikanischen Ursprung der Syphilis wohl endgültig der Todesstoß versetzt", „die Behauptung, daß die Lehre von der Altertumssyphilis eine ‚Legende' sei, fällt damit in sich zusammen"; aber es kostet viele Mühe, Zeit und Papier, solche kühn aufgestellte Behauptungen in einer Form zu widerlegen, daß nicht Behauptung gegen Behauptung steht und auch der in der Materie philologisch und historisch weniger Bewanderte den Irrtum des Syphilisfinders erkennt. Ist so die Arbeit eigentlich zu einer Widerlegung eines einzelnen Autors geworden, so ist doch damit ein gewisser Abschnitt erreicht. Über den Zeitraum, den dieser Forscher beackert hat, liegen keine ernsthaft zu nehmenden Funde anderer vor. Die Zeit unmittelbar vor dem Ausbruch der Syphilis, welche die SUDHOFF-SIGERISTsche Schule vor allem behandelt hat, verlangt, schon aus räumlichen Gründen, eine Studie für sich.

Nur auf SUDHOFFs bekannten Fund von 2 Rezepten gegen Mal Franzos, angeblich aus der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts, ist es notwendig, einzugehen[1]).

[1]) In einer Besprechung meiner Arbeit, in den „Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften", Bd. 13, Nr. 2, leugnet dieses GASTON VORBERG. Hätte er die SUDHOFFsche Arbeit gründlich gelesen, so hätte er S. 20 den Satz gefunden: „. . . so muß doch festgehalten werden, daß das, was „plötzlich" zu Anfang 1495 in Italien . . . auftrat . . . und mit dem gleichen Namen bezeichnet wurde, mit allergrößter Wahrscheinlichkeit auch ein und dieselbe Krankheit gewesen ist, wenigstens in seiner großen Mehrzahl, und es liegt denn auch der Schluß äußerst nahe, — auch dieselbe Krankheit wie das, was man schon seit einer Reihe von Jahrzehnten als „Mal Franzoso", Franzosenkrankheit, in Italien gekannt und benannt hat." — Das Referat ist auch sonst interessant: Von den Ergebnissen meiner Casanovaarbeit erfährt der Leser nichts als diese auf Flüchtigkeit beruhende Polemik gegen einen Nebenpunkt. Das übrige wird einfach mit der Bemerkung abgetan und unter den Tisch gewischt, daß Arbeiten über Casanova so lange keinen Wert haben, als das Originalmanuskript nicht herausgegeben wird.

Digitized by Google

Wenn auch etwas verklausuliert, spricht SUDHOFF doch die Meinung aus, daß dieses für den Anfang des 15. Jahrhunderts und den Fuß der Apenninen genannte Leiden identisch mit dem Morbus Gallicus vom Ende des Jahrhunderts sein dürfte. Unter anderen „Anti-Amerikanisten" bestehen darüber überhaupt keine Zweifel mehr. Das ist aber eine abwegige Anschauung. Die Überschrift des einen Rezeptes lautet: Elactuario optimo al mal Franzoso el quale procede da ranella[1]) et male di preda[2]), also französische Krankheit als Folge von Harnsand- und Steinbildung. Gewiß! Das läßt an die Möglichkeit denken, daß das Mal Franzoso ein Übel der Geschlechtsorgane bzw. der Harnwege war; aber andererseits ist es sicher, daß es sich hier nur um etwas Lokales gehandelt haben kann. Damit ist die Syphilis ohne weiteres ausgeschlossen. Der SUDHOFFsche Fund beweist also, wenn kein schädigender Datierungsfehler vorliegt, schlagend, daß tatsächlich BLOCH auch hier voreilig geurteilt hat, als er den Satz aussprach, einen Satz, den ihm dann andere und ich nachgeschrieben haben, daß vor 1494—95 der Name Morbus Gallicus sinnlos und unmöglich sei, aber mehr beweist der Fund nicht. Ich stelle vielmehr fest, daß aus ihm zwingend hervorgeht, daß es im 15. Jahrhundert in Italien zweierlei Mal Franzoso gegeben hat: Eines, von dem uns dieser Name aus der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts überliefert ist und das eine Krankheit der Harnwege oder der Geschlechtsorgane gewesen sein dürfte, weil es durch Harngries und Harnsteine verursacht wurde, und zweitens die Franzosenkrankheit, den Morbus Gallicus, der erst gegen die Wende des Jahrhunderts auftaucht und von den Schriftstellern jener Tage als Allgemeinleiden furchtbarer Natur, nie dagewesen, nie gesehen und gehört, geschildert wird. Daß man mit dem Namen „Franzosen" nicht immer und überall dasselbe verstanden hat, habe ich schon in meiner Arbeit „Sexuelles und Geschlechtskrankheiten" bei CASANOVA (Derm. W., 1913, Bd. 57, S. 1366) betont. CASANOVA unterscheidet ganz genau zwischen Syphilis und Franzosenkrankheit. Auch er stammt ja aus der Gegend, wo man am Anfange des 15. Jahrhunderts ein örtliches Übel als Mal Franzos bezeichnet hat. Vielleicht handelt es sich bei diesem Namen um eine uralte Benennung, die nur im Volke heimisch war.

Auf Grund dieser und früherer Untersuchungen kann man also den Satz aufstellen: Für Altertum und frühes Mittelalter ist bis heute das Vorkommen einer Syphilis in der alten Welt nicht erwiesen. Wir dürfen doch wohl annehmen, daß sie hier erst zu der Zeit zum erstenmal aufgetreten ist, wo sie ziemlich allgemein als neue Krankheit geschildert worden ist, das ist am Ende des 15. Jahrhunderts. Damit ist aber wieder der Beweis geliefert, daß sie dann in der übrigen alten Welt auch nicht lange vor dieser Zeit bestanden haben kann. Denn wie ich in meiner „Legende" und in zahlreichen Besprechungen dargetan habe, waren die Verbindungen zwischen Asien und Europa und zwischen großen Teilen Afrikas von jeher so innige gewesen, daß es ganz unmöglich gewesen wäre, daß sich in den Gegenden von Afrika und Asien, die von den großen Handels- und Heeresstraßen durchzogen waren, umschriebene Syphilisherde hätten halten können. Schon dadurch wird die alte Theorie, daß die Kreuzfahrer die Syphilis eingeschleppt hätten, eine Theorie, an die heute niemand mehr ernsthaft glaubt, widerlegt. Die Syphilis geht natürlich nicht mit Sturmesschritten, wie Cholera-, Pest- oder Grippeepidemien, aber sie geht sicher und unaufhaltsam ihren Weg. Sie ist an den Geschlechtsverkehr gebunden. Diesen findet sie überall. Es gibt

[1]) ranella = renella, von Arena, Sand. — [2]) preda im Toskanischen und anderen Dialekten für petra, Stein. (MEYER-LÜBKE, Romanisch-etymologisches Wörterbuch, Heidelberg 1911.) Auch VORBERG bringt schon (Über den Ursprung der Syphilis, Stuttgart 1924, S. 51) die richtige Übersetzung, ohne daß es ihm jedoch aufgefallen wäre, daß dann der Name mal Franzos gar nichts besagt.

Digitized by Google

daher keine ernstlichen „hemmenden Faktoren" für die Ausbreitung der „venerischen Krankheiten" unter Kulturvölkern. Alles, was BLOCH und seine Vorgänger und Nachfolger über dieses Thema zusammengetragen haben, mag daher kulturhistorisches Interesse haben, die Kernfrage, ob Syphilis vorhanden war, wird dadurch nicht berührt. Eine Begünstigung kann wohl vorkommen; aber diese kann nur die Zahl der Syphilitiker erhöhen, nicht die Syphilis selbst erst einführen. Nur Volksstämme, welche abgeschlossen von jeder Kultur leben, konnten sich syphilisfrei erhalten. Solches ist lange Zeit für Gegenden von Zentralafrika der Fall gewesen.

Die Lehre von der Neuheit der Syphilis hat in neuester Zeit dann eine glänzende Bestätigung durch die Arbeiten des Japaners KEIZO DOHI[1]) erfahren. Dieser konnte aus den alten zeitgenössischen Werken der Chinesen und Japaner 1. nachweisen, daß die Syphilis in diesen Ländern Anfang des 16. Jahrhunderts zum erstenmal aufgetreten ist. Es ist also eine Übereinstimmung zwischen den europäischen und den asiatischen Ärzten gegeben, welche unabhängig voneinander die Neuheit der Krankheit lehrten. Damit fällt natürlich auch die Lehre jener, welche eine Einschleppung der Krankheit aus Asien für wahrscheinlich gehalten haben. Aus der Zeitdifferenz zwischen dem Auftreten der Krankheit in Europa (Ende des 15. Jahrhunderts) und in Ostasien (Anfang des 16. Jahrhunderts) muß man schließen, daß die Krankheit von Europa nach Asien gewandert ist. Diese Wanderung hätte auf dem Landwege vielleicht noch Jahrzehnte gedauert. Nun waren aber Ende des 15. Jahrhunderts die Portugiesen in Indien gelandet und auch die bekanntlich bald und schwer infizierten Araber haben den Seeweg benutzt. Dadurch wurde die Verbreitung der Seuche außerordentlich beschleunigt. 2. aber hat DOHI nachgewiesen, daß die Syphilis in China und Japan aufgetreten ist, bevor die Portugiesen so weit an der Ostküste Afrikas hinaufgefahren waren. Die Krankheit wurde vielmehr nach Südchina von chinesischen Seefahrern aus Indien, bzw. vom malaiischen Archipel, nach Japan von Chinesen und Liukiubewohnern eingeschleppt. Diese Feststellung, daß nicht die Portugiesen selbst die Lustseuche nach den Reichen der Mitte und der aufgehenden Sonne gebracht haben, ist von einem bisher anscheinend gar nicht gewürdigten hohen Wert. Denn damit ist ohne weiteres die geistreiche Hypothese SIGERISTS (l. c.) widerlegt, welcher den Gedanken ausgesprochen hat, daß die Portugiesen nicht die Vermittler der Krankheit, sondern nur die Vermittler der Kenntnisse über diese Krankheit gewesen seien. Oder sollen vielleicht chinesische und malaiische Seepiraten, Gewürzkrämer und Teeverfrachter die frisch von den Portugiesen Indiens erfahrene Bücherweisheit Europas nach China und Japan gebracht haben? Diese Herrschaften dürften an dem Gotteslästereredikt Kaiser Maximilians, welches nach einigen in Europa den Glauben von der Neuheit der Krankheit erzeugt haben soll, noch weniger Interesse gehabt haben als die Portugiesen selbst, und der Gelehrtenstreit über das Alter des Morbus Gallicus war ihnen sicher

[1]) DOHI, KEIZO, Beiträge zur Geschichte der Syphilis in Ostasien, Tokio 1923 (deutsch).

Digitized by Google

Hekuba. Wir haben es hier mit dem letzten verzweifelten Versuch zu tun, einer unhaltbar gewordenen Schulmeinung dadurch auf die Füße zu helfen, daß man die Tatsachen auf den Kopf stellt[1]). Wenn man nicht Widerspruch um jeden Preis erheben will, so muß man doch jetzt zugeben, daß die Syphilis Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhunderts in der alten Welt zum erstenmal aufgetaucht und daß sie von Europa nach Asien und Afrika gekommen ist. Für die Entstehung in Europa gibt es nur entweder die Möglichkeit, daß die Spirochäte damals erst pathogen geworden ist oder daß eben jene recht haben, welche Amerika als ihr Ursprungsland bezeichnen. Man kann gewiß an den ältesten Dokumenten, welche letzteres behaupten, Kritik üben, man hat aber umgekehrt bis zur Stunde noch nichts gefunden, was diese Möglichkeit, um nicht zu sagen Wahrscheinlichkeit, widerlegt hätte.

Die Fehler der Syphilisfinder sind vor allem die folgenden. 1. Falsche Übersetzungen. Solche können jedem Autor unterlaufen. Aber es darf nicht gerade das Wort oder der Satz falsch übersetzt sein, welcher als Beweis für die Existenz einer Syphilis herhalten muß. 2. Nahe damit verwandt sind die Auffassungen von Wörtern, welche etwas Seelisches oder Moralisches bezeichnen, im Sinne körperlicher Gebrechen: z. B. morbus, νόσος, turpis, contaminatus, μιανθείς (befleckt), inficere, obscoenus, ulcus, vulnus, ἕλκος (Geschwür), pestis, tabum, tabes, caro usw., von Worten, welche Seele und Krankheiten derselben (theologisch!) meinen, im Sinne von Verstand und Geisteskrankheiten. Weiteres darüber in meiner „Legende", meinen „Beiträgen" und bei BLOCH! 3. Es ist natürlich ganz unzulässig, korrupte Textstellen zur Stellung medizinischer Diagnose zu verwenden. Zuerst muß die Lesart sichergestellt sein; dann kann man erst sie ausdeuten. Noch bösartiger verfuhren natürlich jene, welche einfach die Texte selbst verstümmelt oder zusammengeleimt haben, wofür auch in der „Legende" und den „Beiträgen" sich Beispiele finden. Ein großer Teil der bisher genannten Irrtümer wäre den gewiß berufenen Autoren — von den unberufenen Nachschreibern rede ich gar nicht — erspart geblieben, wenn sie sich 4. die Mühe genommen hätten, nicht bloß die „Syphilis"-Stelle, sondern nur etwas das Vorausgehende und das Nachfolgende zu lesen. 5. Ein Teil hat die Einwände von gegnerischer Seite gar nicht gelesen, ja kennt nicht einmal die Arbeiten der Gegner. So kommt es, daß längst erledigte Stellen immer wieder auftauchen und daß man derartige „Miszellen" von Sonntagssyphilishistorikern mit hochwissenschaftlichem Rüstzeug widerlegt, die längst als Irrtümer abgetan sind. 6. Nachdem nun einmal feststeht, daß bei den Ärzten des Altertums und des Mittelalters keine Kenntnis von der Syphilis, ihren Folgen und ihrer Übertragung durch den Beischlaf besteht, hat man solches aus den Äußerungen der Laien beweisen zu können geglaubt. Bald muß ein moralisierender Priester, bald ein zynischer Dichter, selbst Angehörige des Pöbels herhalten. All diesen Leuten

[1]) Es ist dieses das Verfahren, mit welchem beim Gotteslästereredikt Kaiser Maximilians verfahren wird. Aus einem zwingenden Beweis für die Neuheit der Krankheit wurde ein Beweisstück des Gegenteils. Siehe hierüber die sehr interessante Studie von A. MARTIN, Beiträge zur Geschichte der Syphilis in deutschen Landen im 15. und 16. Jahrhundert. Derm. W., 1920, Bd. 70, S. 209 ff.!

Digitized by Google

traut man die genauesten, ja modernsten Kenntnisse von der Syphilis zu; nur die Ärzte sollen über 1000 Jahre blind gewesen sein. Gewiß, die Wissenschaft hat sich manchmal gegen wertvolle Neuerungen gestemmt, darunter auch gegen Neuerungen, die von Laien entdeckt worden sind. Aber solch ein Widerstand ist zeitlich begrenzt, und vor allem hätten so auffällige Dinge, wie Ansteckung durch Geschlechtsverkehr, Syphilis und Syphilisfolgen, sich nicht lange der Kenntnis der Ärzte entziehen können, wenn ihre Kenntnis Laiengut gewesen wäre. Bei aller Berücksichtigung des Gelehrtendünkels und der Befangenheit in den Theorien der griechischen und arabischen Medizin bleiben allen sichtbare Tatsachen auf die Dauer Sieger über Eitelkeit und Bücherweisheit. 7. Der Hauptfehler der „Syphilis"-Finder ist es aber, daß sie die meines Wissens zuerst und an verschiedenen Stellen von mir erhobene Forderung nicht berücksichtigt haben, daß eine „Syphilis"-Stelle nur dann Syphilis beweist, wenn sie nicht auch etwas anderes bedeuten kann. Dem Syphilissucher obliegt die Beweislast, daß seine Stelle nur im Sinne der Syphilis verstanden werden kann. Nachdem nun einmal aus dem gesamten Altertum und Mittelalter keine „Syphilisstellen" vorliegen, welche der Kritik standgehalten haben, täte man gut, bei Neufunden das zu berücksichtigen und gesundes Mißtrauen auch gegenüber Stellen walten zu lassen, die auf den ersten Blick sogar vielleicht recht überzeugend wirken könnten[1]). Das gegenteilige Verfahren mag ja vielfach durch die begreifliche Entdeckerfreude und das Jurare in verba magistri zu entschuldigen sein. Die Forschung wird aber bedauerlicherweise dadurch aufgehalten, wenn auch die Wissenschaft selbst nicht beeinträchtigt wird. Denn die Wahrheit kommt überall endlich zum Siege. „Der Irrtum eines ehrlichen Forschers", hat der verstorbene Innsbrucker Dermatologe Merk gelegentlich der Demonstration seines Syphiliserregers auf der Innsbrucker Naturforscherversammlung gesagt, „hat noch nie die Wissenschaft geschädigt."

---

[1]) Auf Seite 41 meiner „Legende" habe ich gesagt, daß bei dem bisher vollkommen negativen Ergebnis aller Bestrebungen, Syphilis im Altertum und Mittelalter nachzuweisen, und bei der zweifellosen Tatsache, daß die Syphilis am Ende des 15. Jahrhunderts zum ersten Male in Europa erschienen ist, man angesichts einer neugefundenen Schriftstelle aus jenen beiden Zeitperioden, welche eine zweifellose Schilderung der Syphilis darstellen würde, zunächst Interpolation oder Überlieferung einer uns unbekannten Krankheit erwägen müsse. Ich halte diesen Satz nicht wie Hildebrand (Derm. W., 1925, Nr. 51, S. 1845) für „grotesk, ja geradezu für widersinnig" und „mit wahrer Wissenschaft unverträglich". (Natürlich dürfte man nicht sagen: Eine solche Stelle muß eine Interpolation oder muß die Schilderung einer verschwundenen Krankheit sein.) Was man als zweifellose Schilderung einer Syphilis ansehen will, unterliegt natürlich auch dem subjektiven Ermessen. Für Hildebrand war die Syphilis in Pompeji, im Franken- und Rheinland sowie in Ostrom auch unzweifelhaft. Vielleicht hat er jetzt die Ansicht gewonnen, daß es doch nicht so grotesk, widersinnig und unwissenschaftlich ist, wenn man zunächst Erwägungen anstellt und dann erst bestimmte Behauptungen ausspricht.

Digitized by Google

Ichtoxyl

Von

Prof. Dr. Fr. Šamberger

Vorstand der Dermatologischen Klinik der Karl-Universität, Prag

Mit 1 Abbildung im Text

Im Jahre 1925 berichtete ich in der „Derm. W.", daß es mir gelungen sei, durch Kombination des Ichthyols mit Sauerstoff ein neues Medikament zu gewinnen, in welchem die therapeutischen, besonders aber die entzündungswidrigen und kapillartonischen Eigenschaften des Ichthyols in hohem Grade gesteigert sind. Ich gab dem Präparat den Namen Ichtoxyl.

Seit jener Zeit, also durch volle 2 Jahre, war dieses neue Medikament Gegenstand eifrigen Studiums in meiner Klinik, und in einer Reihe von Arbeiten in tschechischen medizinischen Zeitschriften wurde über seine ausgezeichneten therapeutischen Eigenschaften wiederholt referiert. Da ich mich im Laufe dieser 2 Jahre mit absoluter Sicherheit davon überzeugen konnte, daß die ausgezeichneten therapeutischen Erfolge keine zufälligen Erscheinungen waren, wie dies bei manchen neuen Präparaten der Fall zu sein pflegt, sondern daß man mit dem Erfolg in einem jeden geeigneten Fall stets mit Sicherheit rechnen kann, übergebe ich hiermit dem ärztlichen Weltforum ein neues Referat über meine Erfahrungen mit Ichtoxyl, und dies um so eher, als es mir während dieser Zeit gelang, strenge Indikationen für das Ichtoxyl aufzustellen und neue, geeignete Applikationsformen desselben zu finden.

Ichtoxyl ist ein dunkelbraunes, stark hygroskopisches Pulver. Es muß in gut verschlossenen Flaschen trocken aufbewahrt werden. In Wasser löst es sich ungemein schnell. Seine wäßrige Lösung ist — je nach der Konzentration — licht- oder dunkelbraun gefärbt und riecht nicht unangenehm. Die Haut wird durch Ichtoxyl weder verfärbt, noch gereizt. Es beschädigt nicht die Badewanne und läßt sich aus der Wäsche leicht auswaschen. Es ist absolut ungiftig. Man kann in seiner Lösung den ganzen Körper baden und mit der Salbe täglich beliebig große, von Epidermis entblößte Hautflächen anstreichen. Die von solchen Hautflächen stattfindende Resorption kann dem Kranken nur zum Vorteil gereichen, denn die Resorption verbessert die Funktion der Blutkapillaren und dadurch den ganzen Blutkreislauf. In pharmakologischer Beziehung bewährte sich das Ichtoxyl als ein mächtiges antiphlogistisches und kapillartonisches Heilmittel. Diese seine scheinbar doppelte pharmakodynamische Eigenschaft läßt sich znm größten Teil auf die kapillartonische reduzieren. Aber nicht gänzlich. Wissen wir doch, daß zur Entstehung entzündlicher Veränderungen im Gewebe zwei Dinge notwendig sind: eine Schädigung des Gewebes und die Erschlaffung der Blutkapillaren. Wirkt nun das Ichtoxyl kapillartonisch, dann wirkt es eo ipso auch antiphlogistisch. Aber in der antiphlogistischen Komponente haben wir noch einen zweiten Faktor vor uns, nämlich den aus dem Ichtoxyl frei werdenden Sauerstoff, dessen das von der Entzündung ergriffene Gewebe weit mehr bedarf als das normale, von dem aber die erschlaffenden Kapillaren desto weniger zuführen können je weiter die Erschlaffung fortgeschritten ist. Dieser Sauerstoff in Statu nascendi ist also die zweite Komponente der antiphlogistischen Wirkung des Ichtoxyls. Sicherlich ist aus diesem Grunde seine antiphlogistische Wirkung eine so mächtige.

In welchen therapeutischen Formen kann man das Ichtoxyl verordnen?

1. Als Streupulver auf torpide Geschwüre.

2. Als dicken Brei, der aus dem Ichtoxylpulver mittels destillierten Wassers zubereitet wird. Bei der Zubereitung des Breies muß das Wasser dem Pulver vorsichtig und nur tropfenweise zugesetzt werden, weil das Ichtoxyl in Wasser ausgezeichnet löslich ist und bei überschüssigem Zusatz von Wasser eine Lösung und kein Brei entstehen würde.

Der Brei muß sehr dick aufgetragen und sodann mit kleinen Watteflocken bedeckt werden. Der Anstrich haftet der Haut innig an und muß nicht irgendwie fixiert werden. Wenn der Pat. unter demselben kein unangenehmes Gefühl hat, läßt man den Anstrich so lange liegen, bis er sich selbst abzuschälen beginnt (4—7 Tage). Wenn nötig (z. B.

Digitized by Google

bei Schmerzen in dem Herd unterhalb des Anstrichs) kann man den Anstrich mittels warmen Wassers im Nu entfernen.

3. Als wäßrige Lösung zu Lokal- und Vollbädern.

Zu Lokalbädern genügt das gewöhnliche Ichtoxylpulver (mit 10% Sauerstoff). Zu Vollbädern verwenden wir ein besonderes Ichtoxyl mit 30% Sauerstoff, das sogenannte Ichtoxylum pro balneo.

4. Das Ungt. ichtoxyli (10%) ist vorwiegend für die Behandlung artefizieller Entzündungen der Haut beliebigen Ursprungs: mechanischen, thermischen, aktinischen und chemischen, bestimmt. Würden wir diese Entzündungen nur mit einer gewöhnlichen 10%igen Mischung von Ichtoxyl mit Fett behandeln, würden wir die heilende Wirkung des Ichtoxyls durch die ungünstige Wirkung des Fettes auf die Haut beeinträchtigen. Hat doch Unna nachgewiesen, daß das auf die Haut aufgestrichene Fett die Perspiration der Haut verhindert und dadurch Hyperämie erzeugt. Dadurch würden wir also den erschlaffenden Blutkapillaren des entzündeten Gebietes eine neue Aufgabe, eine Arbeitssteigerung, aufbürden und leicht deren Lähmung infolge übermäßiger Arbeit herbeiführen. Auf diese Weise würden wir die Verhältnisse in dem Entzündungsherd bedenklich verschlechtern. Aus diesem Grunde mußte ich für meine Salbe ein kühlendes Konstituens schaffen. Ich mußte Wasser und ein Fett nehmen, das sich mit Wasser mischt. Würden wir diesem Gemisch Ichtoxyl zusetzen, würde der Sauerstoff sofort frei werden, die Salbe würde infolge des frei werdenden Sauerstoffes zu gären beginnen und zum Schluß bekämen wir eine Salbe, die keinen aktiven Sauerstoff enthielte, also im besten Fall eine Salbe, die nicht wirksamer wäre als die gewöhnliche Ichthyolsalbe. Auf empirischem Wege gelangten wir zu der Erkenntnis, daß sich die Abspaltung des Sauerstoffs in der Ichtoxylsalbe verhüten läßt durch geeignete Inkorporierung von Kalzium, das überdies die antiphlogistische Wirkung der Salbe noch steigert. Durch diese Zubereitung erzielten wir, daß unsere Ichtoxylsalbe durch den Wassergehalt kühlend wirkt und die Schmerzen in der entzündeten Haut lindert, die Perspiration durch die Haut ermöglicht und daher die durch Entzündung ohnehin bedrohten Blutkapillaren schont. Da der Sauerstoff in der Salbe nicht frei wird, kann man sie in Vorrat halten.

5. Ungt. saloxyli ist unsere 10%ige kühlende Original-Ichtoxylsalbe mit Kalzium, der 10% Acidum salicylicum zugesetzt wurde. Diese Salbe ist vorwiegend gegen mikrobielle Entzündungen der Haut bestimmt.

6. Suppositoria cum ichtoxylo. Sie haben die Form von Mastdarmzäpfchen und sind bestimmt für die Behandlung entzündlicher Affektionen der weiblichen Genitalien (auch der gonorrhoischen), von Störungen des Blutkreislaufs um die Analöffnung (Hämorrhoiden) und für die Behandlung der Affektionen der Vorsteherdrüse bei Männern, ferner auch eventuell für die Behandlung gonorrhoischer Affektionen des Mastdarms.

Und nun zu unseren klinischen Erfahrungen mit den angeführten Ichtoxylpräparaten. Es würde zu weit führen, wollte ich hier alle Fälle erwähnen, die teils ambulatorisch, teils klinisch mit unserem Präparat behandelt wurden, oder gar die genauen Dekursi der so behandelten Fälle anführen.

Mit Ichtoxyl allein als Streupulver behandelten wir eine Reihe torpider Geschwüre. Es bewährte sich uns nicht beim weichen Schanker. Dagegen leistete es gute Dienste bei Röntgengeschwüren und bei Unterschenkelgeschwüren. Das bestreute Geschwür wurde stets auch noch mit einer ziemlich dicken Schicht Ichtoxylsalbe bedeckt. Bei Unterschenkelgeschwüren versuchten wir in letzter Zeit die Saloxylsalbe und erzielten in einer Reihe von Fällen noch bessere Resultate als mit Ichtoxylstreupulver. Einen ungeahnten Erfolg hatten wir mit dem Ichtoxylstreupulver bei einem Falle von Tuberculosis vera cutis. Es handelte sich um einen Pat. mit schwerer Lungen- und Darmtuberkulose und einem typischen, kronengroßen tuberkulösen Geschwür beim Mastdarm. Obwohl es sich um einen Kranken mit bereits erschöpften Körperkräften handelte, gelang die Heilung des tuberkulösen Geschwürs beim Mastdarm in nicht ganz 2 Monaten.

Mit Ichtoxylbrei behandelten wir vor allem das Erysipel und die akute Epididymitis bei Gonorrhoe, Parotitis, bei Grippe und nach Traumen. Die Resultate sind durchwegs gute, oft geradezu glänzende. Die Erysipelkranken geben gern zu, daß das unangenehme entzündliche Spannungsgefühl rasch verschwindet. Bei Epididymitis gehen die Schmerzen ebenfalls rasch vorüber. Wir wiederum loben uns die Einfachheit und Reinlichkeit der Applikation des Medikamentes. (Die Zahl der auf diese Weise behandelten Epididymitiden betrug im ganzen 260, die Zahl der Erysipelfälle 569.) Bei beiden Krankheiten geht das Fieber rasch zurück, in der Regel schon am 2. oder 3. Tage.

Digitized by Google

Wenn sich das Erysipel unter dem Anstrich noch ein wenig nach der Umgebung ausbreitet, bedecken wir die neuen Herde mit einem frischen Anstrich. Wenn es sein muß, streichen wir auch die behaarte Kopfhaut an. In ähnlicher Weise dehnen wir den Anstrich längs des ganzen Vas deferens aus, wenn sich zu der Epididymitis eine Deferenititis hinzugesellt. Bei Erysipel geben wir in einem jeden halbwegs schweren Falle außerdem noch sofort eine Injektion von Antidiphtherieserum (4—6000 Einheiten), das sich uns hier weit besser bewährt als das Antistreptokokkenserum. Bei gonorrhoischen Epididymitiden geben wir nichts anderes als innerlich irgend ein Balsamikum, bei parotidealen und grippösen Urotropin.

Glänzende Erfolge hatten wir mit Ichtoxylbrei bei Entzündungen der Haut und des subkutanen Gewebes, die infolge der Injektion eines Salvarsanpräparates außerhalb der Vene entstanden waren, und auch bei kutanen Thrombophlebitiden. Nach abgelaufenen Thrombophlebitiden pflegen die Kranken manchmal an unangenehmen Empfindungen, ja, auch an heftigen Schmerzen in der kranken Extremität beim Gehen zu leiden. In zwei derartigen Fällen konnte ich die Pat. durch einige protrahierte ($^1/_2$stündige) Ichtoxylvollbäder von ihren Beschwerden befreien.

Bei chronischen — besonders bei tuberkulösen — Epididymitiden kann der Ichtoxylanstrich nur eine Linderung der Schmerzen, sonst aber nichts bewirken.

Es gibt aber noch eine entzündliche Affektion, bei der sich uns der Ichtoxylbrei glänzend bewährt hat, und das ist die Furunkulose. Der beginnende Furunkel wird mit Hilfe des Breies fast immer abortiv auskuriert. Die Bedeutung dieser Therapie bei Furunkulose erhellt am besten aus dem Umstande, daß der Ichtoxylbrei an der Haut ganz von selbst klebt und nicht irgendwie fixiert werden muß. Den Brei kann sich der Kranke selbst zubereiten, wenn wir ihm einen Vorrat von Ichtoxylpulver in einem Originalfläschchen und destilliertes Wasser in einer Tropfflasche verschreiben. Er kann sich auch den Brei selbst applizieren, also gleich, wenn er bemerkt, daß ein Furunkel in Entwicklung begriffen ist, mag sich derselbe an welcher Stelle immer entwickeln. Neben der Allgemeinbehandlung der Furunkulose — wir schätzen da ganz besonders die Venaesektion (300—400 ccm Blut) — stellt diese Lokalbehandlung das wirksamste Mittel zur Bekämpfung der oft so qualvollen Zustände dar. Eines Versuches wert ist diese Therapie bei der Hydrosadenitis axillaris. Hier haben wir neben guten auch schlechte Resultate. Die Therapie mit Ichtoxylbrei versagt hier manchmal.

Der Ichtoxylbrei ist ein ausgezeichnetes Adjuvans bei Arthritiden verschiedenen Ursprungs. Ja, es wäre eines Versuches wert, akut entzündliche Affektionen der Pleura und der Lunge mit diesem Anstrich lokal zu behandeln. In einem Falle von grippöser Pleuritis hatten wir den Eindruck, daß wir durch einen Ichtoxylanstrich über der ergriffenen Lunge dem Kranken einen guten Dienst erwiesen haben. Vielleicht ließen sich auch bei Pneumonien gute Resultate erzielen, doch verfüge ich über keine eigenen Erfahrungen.

Lokale und Vollbäder mit Ichtoxyl

Für lokale Ichtoxylbäder eignen sich am besten Erfrierungen. Hier zeigt sich die Wirkung am besten. Beachtenswerte Besserungen sahen wir auch bei der Akrozyanose junger anämischer Menschen, bei der Raynaudschen Krankheit, Sklerodermie und chronischer Röntgendermatitis. Auf 2 Liter Wasser geben wir 2 Kaffeelöffel gewöhnlichen Ichtoxyls (mit 10% Sauerstoff) oder des Ichtoxyl pro balneo (mit 30% Sauerstoff). Jeden Abend ein protahiertes heißes Bad, danach über Nacht eine Einpackung mit Ichtoxylsalbe. Es ist interessant, daß sich uns diese Lokalbäder auch bei den uratischen Arthritiden der Hand- und Fußgelenke sehr gut bewährt haben.

Für die Erprobung der Ichtoxylvollbäder finden sich unter dem Material meiner Klinik und Ambulanz nur wenig geeignete Fälle. Trotzdem disponieren wir über eine Reihe beachtenswerter Erfolge auch in dieser Beziehung.

Ich habe mehrere Arteriosklerotiker in Beobachtung, denen ich durch Ichtoxylvollbäder die hartnäckige Schlaflosigkeit beseitigen und große subjektive Erleichterung verschaffen konnte. Ich verfüge über einen Fall von luetischer Aortitis mit Angina pectoris, bei welchem diese Bäder eine auffallende Besserung der subjektiven Beschwerden herbeiführten, so daß sie dem Pat. unentbehrlich wurden (er nimmt sie 2—3mal wöchentlich). Ferner sah ich mehrere Eälle, in denen es gelang, mit Hilfe dieser Bäder den erhöhten Blutdruck wesentlich herabzusetzen.

Den segensreichen Einfluß der Vollbäder auf postthrombophlebitische Beschwerden habe ich bereits eben erwähnt.

Digitized by Google

Sache des zukünftigen Studiums wird es sein, festzustellen, wie sich diese Bäder bei Krankheiten bewähren, die mit einer Erschlaffung der peripheren Blutkapillaren einhergehen, also vor allem bei Arteriosklerose, bei Herzfehlern, Diabetes und Nephritis. Alle Voraussetzungen sprechen da zu ihren Gunsten. Ein Vorteil der Ichtoxylbäder ist dadurch gegeben, daß sie der Kranke zu Hause, in seiner Wohnung, nehmen kann, daß er nirgends hinfahren muß. Wie bereits oben erwähnt, beschmutzen die Ichtoxylbäder weder die Badewanne, noch die Badewäsche, sie reizen nicht die Haut und riechen nicht unangenehm. Man kann sie also fast in einer jeden Haushaltung nehmen lassen. Die Zubereitung ist eine einfache; man schüttet den Inhalt einer Dose Ichtoxyli pro balneo in eine mit warmem Wasser gefüllte Wanne. Die durchschnittliche Dauer des Bades beträgt eine halbe Stunde, das Bad wird 2—3mal in der Woche, eventuell auch täglich wiederholt. Schaden kann das Bad nicht, wohl aber nützen.

Mit Ichtoxylsalbe — Ungt. ichtoxyli — behandelten wir alle artefiziellen Hautentzündungen. Für diese erwies sich die Ichtoxylsalbe als ein geradezu spezifisches Heilmittel. Ihre Wirkungen sind wahrhaft überraschende. Wir behandelten mit derselben aktinische Dermatitiden: nach Sonnenstrahlen und Strahlen aus anderen Lichtquellen, auch nach Röntgenstrahlen. Sie bringt augenblickliche Erleichterung und rasche Heilung.

Ich wurde zu einer universellen Sonnenbrand-Dermatitis I. und II. Grades 40° Fieber und schwerem Allgemeinzustand gerufen. Am Abend wurde der ganze Körper mit Ichtoxylsalbe angestrichen und schon in der ersten Nacht beruhigte sich der Pat. in dem Grade, daß er einschlief, am Morgen hatte er nur eine subfebrile Temperatur und nach 3 Tagen konnte er das Bett verlassen.

Wir behandelten mit der Salbe mehrere Röntgendermatitiden und Röntgengeschwüre. Allerdings geht hier die Heilung niemals so rasch vor sich wie bei den artefiziellen Dermatitiden anderen Ursprungs und man muß das Medikament mit der Zeit auch wechseln, aber trotzdem sind auch hier die Erfolge der Ichtoxylsalbe frappante. Von den zur Verfügung stehenden Mitteln ist die Ichtoxylsalbe das wirksamste.

Als ein spezifisches Medikament kann die Ichtoxylsalbe bezeichnet werden bei den artefiziellen Dermatitiden ex combustione, ex congelatione und ex acribus, mögen dieselben I. (erythematösen), II. (vesicobullösen) oder III. (gangränösen) Grades sein.

Die Zahl der liegenden Pat. mit Verbrennungen, die wir mit Ichtoxylsalbe behandelten, betrug 80. Es waren darunter Fälle I., II. und auch III. Grades. Die Fälle I. und II. Grades waren binnen einer Woche geheilt, mögen sie noch so ausgebreitet gewesen sein. Die Fälle III. Grades heilen — wenn sie nicht übermäßig ausgebreitet sind — durchschnittlich im Laufe von 3—4 Wochen aus. Als Beleg will ich nur einen Fall von vielen hervorheben:

Am 26. II. 1926 wurde in unsere Klinik der 33jährige Werkführer H. J. aufgenommen, der in einer Fabrik bei einer Azetonexplosion schwere und ausgebreitete Verbrennungen I., II. und III. Grades erlitten hatte. Die Ausbreitung des erlittenen Unfalls ersieht man am besten aus dem beiliegenden Diagramm. Die schwarzen Stellen bedeuten Verbrennungen III. Grades, die braunen Stellen Verbrennungen I. und II. Grades. Wir verordneten Ichtoxylsalbe. Das Fieber war nach 8 Tagen verschwunden. Der Dekursus besagt am 6. III., daß Pat. fieberfrei sei. Am 16. III., also 18 Tage nach dem Unfall, sind sämtliche Schorfe abgestoßen, und die granulierenden Flächen an den Händen beginnen sich zu epidermisieren.

Am 2. IV., also nach 35 Tagen, wurde Pat. vollkommen geheilt entlassen.

Wir verfügen bereits über eine ganze Reihe solcher schwerer, geheilter Fälle. Wir geben die Ichtoxylsalbe sofort nach dem Unfall und bleiben bei ihr bis zur vollständigen Heilung. Der Verband wird täglich gewechselt. Die vom Epithel entblößten Flächen nach Verbrennungen II. Grades und die gereinigten Defekte nach Verbrennung III. Grades epidermisieren unter der Ichtoxylsalbe viel schneller als unter den anderen sogenannten epithelisierenden Mitteln. Und ich habe den Eindruck, daß nach Ichtoxylsalbe so ausgebreitete Flächen epidermisieren, die wir früher nur durch Transplantation zur Heilung bringen konnten. Unter unseren Fällen befindet sich nur ein einziger, bei dem mit Transplantation nachgeholfen werden mußte.

Ebenso günstig beeinflußt die Ichtoxylsalbe, wie bereits erwähnt wurde, auch die Kongelationen. Speziell die Kongelationen III. Grades demarkieren sich und reinigen sich ungemein schnell. Ausgezeichnet bewährte sich die Ichtoxylsalbe ferner in einigen Fällen von universellen toxischen Erythrodermien (nach Quecksilber, Salvarsan) und auch bei der exfoliativen Dermatitis.

Digitized by Google

Während die Ichtoxylsalbe, wie ich bereits sagte, bei den artefiziellen Entzündungen geradezu ein spezifisches Medikament darstellt, erwies sie sich gegen die mikrobiellen Entzündungen als zu schwach. Den Wirkungen der Mikroben vermag sie mit ihrem therapeuthischen Einfluß nicht genügend entgegenzuwirken. Ihre antiseptische Fähigkeit ist nicht übermäßig groß. Diesen Mangel beseitigten wir dadurch, daß wir ihr 10% Salizylsäure zusetzten. So entstand eine neue Salbe von mächtiger antiseptischer Wirkung. Ich gab ihr den Namen „Unguentum saloxyli". Es zeigte sich nun, daß die so zubereitete Salbe ein ausgezeichnetes Medikament ist speziell bei den Staphylokokken- und Streptokokkenentzündungen der Haut. Wir behandelten mit derselben Staphylokokkenfollikulitiden, Ekthymen und Furunkeln. Karbunkel und oberflächliche Panaritien mit sehr gutem Erfolg. Wir behandelten mit ihr ferner impetiginöse Strepto- und Staphylokokkenaffektionen mit glänzendem Erfolg. Sie reizt die Haut nie und ätzt sie nicht. In 3 Fällen bewährte sie sich mir sogar beim Pemphigus contagiosus neonatorum. Alle diese mikrobiellen Hautentzündungen lasse ich gleichzeitig täglich mit heißem Wasser waschen.

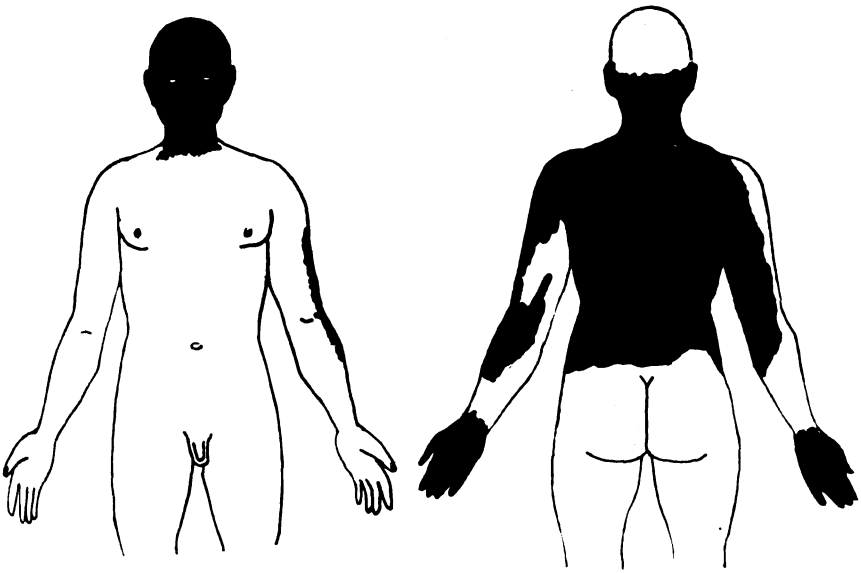


Abb. 1. Fall H. J. Schwarz: Combustio III. ordinis. Braun: Combustio I. et II. ordinis

In letzter Zeit behandle ich mit Saloxylsalbe auch die Ulcera cruris varicosa und erziele aufmunternde Resultate.

Von den akuten mikrobiellen Entzündungen versagte sie beim Ulcus molle, von den chronischen beim Lupus erythematodes und beim Lupus vulgaris. Dafür ergab sie glänzende Resultate beim Erythema exsudativum multiforme Hebrae. Die Zahl der Fälle ist noch nicht groß, doch hatten wir bei jenen Fällen, bei denen wir sie bis jetzt anzuwenden Gelegenheit hatten, den Eindruck, daß ihre lokale Applikation allein zur raschen Heilung des Falles genügt.

Nach alledem hat es den Anschein, daß sie am wirksamsten ist gegen die Streptokokkenaffektionen der Haut und an zweiter Stelle gegen die entzündlichen Staphylokokkenaffektionen. Die Staphylokokkensykosis vermag sie zu bessern, aber nicht auszuheilen.

Die Saloxylsalbe besitzt einen mächtigen antiseptischen Einfluß auf Strepto- und Staphylokokken, also auf Kokken, mit denen sich eine zufällige Hautabschürfung oder -wunde sehr leicht infizieren kann. Deswegen ist die Saloxylsalbe das beste prophylaktische Mittel auf Exkoriationen und Wunden der Haut. Sie ist viel besser als Jodtinktur. Diese wirkt in der Wunde nur antiseptisch, aber die Wundheilung selbst verzögert sie, keineswegs beschleunigt sie dieselbe. Oft reizt sie sogar. Die Saloxylsalbe aber schützt vor Infektion, beschleunigt die Heilung und reizt niemals.

Digitized by Google

Ich schließe mein Referat über die Ichtoxylpräparate mit der Bemerkung, daß wir die unkomplizierte und auch die mit adnexalen Komplikationen einhergehende Genitalgonorrhoe der Frau mit 10%igen Ichtoxyl-Glyzerintampons behandeln und mit den Resultaten sehr zufrieden sind, und daß wir zur ambulatorischen Behandlung der weiblichen Gonorrhoe Ichtoxyl-Suppositorien anwenden, die, da sie die Form der Mastdarmsuppositorien besitzen, von der Frau selbst bequem eingeführt werden können. Auf diese Weise erleichtern wir ihr die ambulatorische Behandlung dieser Krankheit in bedeutendem Grade. Es genügt ein Besuch in der Ordination des Arztes in der Woche oder eventuell in einem noch längeren Intervall.

Die Ichtoxylsuppositorien bewährten sich uns auch als ein gutes Medikament gegen hämorrhoidale Beschwerden und bei Affektionen der Prostata: bei entzündlichen (gonorrhoischen) und auch beim sog. Prostatismus nach Onanie, Coitus interruptus, venerischen Exzessen und dergleichen.

Mit meinem Referat über das Ichtoxyl und die übrigen Präparate und deren Wirksamkeit verfolge ich den Zweck, die Aufmerksamkeit einer breiten ärztlichen Öffentlichkeit auf diese neuen Heilmittel zu lenken. Ich habe den Wunsch, dieses Referat möge zur Erprobung derselben auch außerhalb der Grenzen meines Vaterlandes den Anstoß geben. Bis jetzt stieß dieser mein Wunsch auf technische Schwierigkeiten. Unsere heimische Fabrik, die die Erzeugung dieser Präparate besorgt, ist auf den Außenhandel nicht eingerichtet. In letzter Zeit hat aber die bekannte deutsche Firma, die Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Co., die Herstellung des Ichtoxyls und seiner Präparate übernommen, so daß diese mit der Fabrikation des Ausgangsmaterials „Ichthyol" in gleicher Hand vereinigt ist. Aus diesem Grunde konnte ich mich leicht entschließen, einem breiteren ärztlichen Forum meine bisherigen guten therapeutischen Erfahrungen mit Ichtoxyl und seinen Präparaten mitzuteilen und um Überprüfung und eventuelle Ergänzung unserer bisherigen Erfahrungen zu ersuchen.

Hefe bei Psoriasis

Von

Dr. med. Friedrich Drexler in München

In der Therapie ist nur Fortschritt zu erwarten, wenn man sich von schablonenmäßiger und schematischer Behandlung freimacht. Sonst ist alles ärztliche Handeln von der Gunst des Falles, vom Glück, von Imponderabilien abhängig. Zuletzt heilt dann die Natur, oder auch nicht, und alles ärztliche Bemühen bleibt vergeblich. Schwingt man sich aber auf zu selbständigem Denken und wagt einen Schritt auf unbetretene Pfade, so kann man erfreuliche Überraschungen erleben.

In nicht geringem Grade gilt das Gesagte von der Dermatologie, denn bei gar vielen Hautleiden war die Behandlung schon immer schematisch festgelegt. Ja, es gibt eine Reihe von Hautaffektionen, denen der Dermatologe hilflos gegenübersteht. Und doch ist es gerade hier lohnend, den tieferen kausalen Zusammenhängen nachzugehen und therapeutische Methoden anzuwenden, die vom Herkömmlichen abweichen. Das erscheint aussichtsreich gerade bei den Hautleiden, die genetisch mit Vererbung, mit der Konstitution, mit Anomalien im Stoffwechsel zusammenhängen.

Man denke zunächst an das Ekzem in seinen verschiedenen Stadien und Arten. Wie oft versagen die schablonenmäßig angewandten Methoden, selbst bei individueller Behandlung! Ein wichtigeres Beispiel ist die Psoriasis, die ja vielfach bei Laien wie Ärzten als unheilbar gilt. Ja, oft ist der Dermatologe trotz sorgsamster Behandlung des niederträchtigen Leidens mit seinem Latein zu Ende. In einem überaus hartnäckigen Fall von generalisierter Psoriasis kam ich beinahe in die Lage, vor dieser perfiden Krankheit die Waffen zu strecken, nachdem ich alle zu Gebote stehenden Mittel erschöpft hatte, sogar Röntgenstrahlen. Da endlich hatte ich einen Erfolg zu verzeichnen: Ultima ratio war die Hefe.

Die Verwendung der Hefe in der Dermatologie ist mir seit Jahrzehnten bekannt. Oft genug verwandte ich die Trockenhefe Levurinose bei Ekzemen, Furunkulose, Akne vulgaris und rosacea, Pruritus usw., und zwar innerlich wie auch äußerlich. Der Erfolg der Hefekur war immer befriedigend, oft überraschend. Gibt nun nicht diese Wirkung

Digitized by Google

der biologisch aktiven Hefe bei Dermatosen viel zu denken? Welche Faktoren wirken von innen her auf die Hautaffektion? Die Frage ist besonders interessant bei Ekzem. Aus der älteren Literatur über Levurinose sind frappante Erfolge bei Ekzem bekannt. Aber aus noch nicht veröffentlichten Quellen weiß ich von ganz erstaunlichen Erfolgen bei den bösesten Formen von Ekzem. Von einem Kollegen, der in den Tropen an einem fürchterlichen Ekzem litt, weiß ich, daß er sich durch Levurinose für immer von dem Leiden befreite. Ein anderer Kollege, Dr. W. aus Liegnitz, hat sein hartnäckiges Röntgenekzem durch Behandlung mit Levurinose abgeheilt. Demnächst dürfte wohl auch ein Kollege aus Worms einen Fall mitteilen, der wohl einzig dasteht. Ein junger Mann litt mehrere Jahre an einem generalisierten Ekzem, das allen Behandlungsarten spottete. Mehrere Male mußte er im desolaten Zustande in ein Krankenhaus überführt werden, mit geringer Besserung entlassen, exazerbierte das fürchterliche Leiden in wenigen Tagen unter der schlimmsten Form. Man griff nun von ungefähr zur Levurinose und erlebte vollständige Abheilung des Ekzems in kürzester Frist.

Bei der Psoriasis ist nun ein Erfolg der Hefetherapie an sich noch viel bemerkenswerter. Ich gab hier die Levurinose nur innerlich. Was mich dazu führte, Hefe zu versuchen, war der Gedanke an eine mögliche „Umstimmung" durch gewisse Aktivatoren. Hierin bestärken mich heute wichtige neuere Ergebnisse der Hefeforschung. Weichardt (D. m. W., 1927, Nr. 37) zeigt ja, daß gewisse Eiweiß-Spaltprodukte der Hefe vollständig im Sinne von unspezifischen Reizkörpern wirken, also ganz im Sinne einer unspezifischen Leistungssteigerung, und zwar bei Darreichung per os. Außerdem gibt die lebende Hefezelle Wuchsstoffe ab, die einen Wachstumsreiz ausüben. Ferner aber bestätigt es sich aus der neueren Arbeit von Weichardt und Unger (Pharm. Ztg., 1928, Nr. 33), daß Levurinose ein ungemein wirksamer Vitaminkörper ist, und zwar enthält diese Hefe unter anderen Vitaminen B-, D-Vitamin (Ergosterol). Es zeigte sich, daß schon 0,5 g Levurinose hinreichen, um eine voll ausgebrochene Beriberi zu heilen. Eine Dosis von 0,1 g Levurinose wirkt schon prophylaktisch. In dieser Eigenschaft als Komplex von Ergänzungsstoffen ist Levurinose nach Weichardt den Hefeextrakten für die Praxis vorzuziehen. Endlich ist jetzt auch bekannt, daß die aktive Hefe hormonartige und insulinartige Stoffe enthält; Fellner fand in Hefe sogar ein Ovoinsulin.

Im Lichte dieser neueren Forschungen erscheinen mir meine Erfolge bei Psoriasis schon verständlicher. Wenn Hefe per os in der Tat im Sinne eines Proteinreizes wirkt, so ist eine Umstimmung im Stoffwechsel und im ganzen System zu erwarten. Die Psoriasis ist wohl primär ein hereditär oder konstitutionell bedingtes Vitium im Stoffwechsel. Das Leiden scheint mir der Pellagragruppe nahezustehen. So ist es begreiflich, daß die Vitamingruppen heilend wirken. Diesem Problem will ich noch nachgehen und versuchen, durch Dauerdarreichung von Levurinose in kleinen Mengen die Hefetherapie sicherzustellen. Was ich bisher erreicht habe, ermutigt jedenfalls zur Anwendung der Hefetherapie. Unter der Einwirkung der Levurinose zeigten die psoriatischen Plaques Abheilung im Zentrum; am behaarten Kopf ging die Schuppung zurück. Um Rezidive zu verhindern, will ich freilich die Behandlung mit Levurinose fortsetzen. Die bisherigen Erfolge sollen die Kollegen zur Nachprüfung anregen.

Was die Wahl der Trockenhefe betrifft, so werde ich von der Levurinose nicht mehr abgehen. Die meisten Hefeprodukte des Handels sind unkontrollierbar hinsichtlich ihres Gehalts an wirksamen Stoffen. Hefen mit Zusätzen, Geschmackkorrigentien, Hefetabletten und dergleichen halte ich für ganz wertlos. Levurinose ist schon darum zu empfehlen, weil diese Trockenhefe experimentell ausgewertet und von konstanter Aktivität ist. Die Verwendung frischer Bäckerei- oder Brauereihefe ist natürlich auszuschließen, denn die meisten Patienten werden bei längerer Darreichung Nausea bekommen. Man soll übrigens auch bei Verwendung der Levurinose sachgemäß vorgehen und vermeiden, daß der Patient einen Widerwillen gegen Hefe entwickelt. Besteht einige Abneigung, so gebe man kleine Dosen, die sich leicht mit den Speisen einnehmen lassen. Bei der hohen Aktivität der Levurinose ist eine Wirkung schon mit kleinen Dosen zu erzielen.

Nach meinen Erfahrungen eröffnen sich somit für die Hefetherapie neue Ausblicke, in der Dermatologie wie auch in der inneren Medizin. Bei Furunkeln und Abszessen hat mir Levurinose vorzügliche Dienste geleistet. Ich selbst wurde durch Erfahrungen am eigenen Leibe Anhänger der Hefetherapie, als ich den Erfolg mit Levurinose bei Cholezystitis und Enteritis erlebte. Bei der Balanoposthitis der Diabetiker sah ich auch schöne Resultate mit Levurinose.

Digitized by Google

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 1. März 1928

Vorsitzender: Lipschütz. Schriftführer: Lipp.

Spitzer: 1. **Schwielen.** Lokalisiert über Handrücken und ersten Interphalangealgelenken.

2. **Mollusca contagiosa.** Im Nacken bei einer Frau mit kurz geschnittenem Haare.

3. **Alopecia totalis nach Typhus** vor 12 Jahren.

Temple: **Erythema induratum.** 30jähr. Frau, Anamnese negativ. Mehrere teilweise exulzerierte typische Knoten mit dazwischen verteilten papulonekrotischen Tuberkuliden. Am rechten Handrücken zahlreiche aggregierte papulonekrotische Tuberkulide, die sich als trockene Form von Lichen-ruber-planus-Typus mit glänzenden, zentral gedellten, derben Knötchen repräsentieren.

Scherber: 1. **Mycosis fungoides.** I. 27jähr. Mann, im Initialstadium der Erkrankung, zeigt im Gesicht, besonders auf der Stirn, ekzematoide Erscheinungen, am Stamm und an den Extremitäten eine ungemein reichliche Aussaat von heller- bis fast fünfkronenstückgroßen, teils isolierten, teils konfluierenden, scharf umschriebenen, sattroten Effloreszenzen, hier und da mit leicht bräunlichem Beiklang, die, im Niveau gelegen oder leicht überragend, schon klinisch als flache Infiltrate einer Mycosis fungoides anzusprechen sind. Keine wesentlichen Drüsenschwellungen. Der Blutbefund ergibt eine Vermehrung der eosinophilen, der segmentförmigen und stabkörnigen Leukozyten auf das Doppelte. Dasselbe Verhältnis findet sich bei den Lymphozyten und bei den mononukleären Leukozyten. Histologisch: Die adventitiellen Gefäßscheiden und perivaskulären Lymphräume auffallend erweitert, um die Gefäße ein mehr oder weniger reichliches Zellinfiltrat, bestehend aus Rundzellen und vielgestaltigen jungen Bindegewebszellen, mit großen hellen Kernen.

II. Farbenphotographie und histologische Präparate jenes Falles, der am 2. XII. 1926 demonstriert wurde. 32jähr. Mann mit kreuzergroßem scharfumrandetem, derbem flachkuppenförmig sich erhebendem Tumor von braunroter Farbe, in der Mitte des Nasenrückens situiert. Die nochmals durchgeführte Untersuchung auf Lues fiel auch nach Provokation wieder negativ aus; die Allgemeinprüfung mit Tuberkulin zeigte gegenüber der lokalen Reaktion auf Dermatubim keine Reaktion. Histologisch: Polymorphie des dichten Infiltrats, Rundzellen, stellenweise sehr reichliche Eosinophile und allenthalben große rundliche oder polygonale oder längliche Zellen mit auffallend großen hellen Kernen. Auch prompter Rückgang des Knotens auf Röntgen sichert die Diagnose einer Mycosis fungoides d'emblée, die auch Sternberg histologisch verifiziert hat.

2. **Pemphigus vulgaris.** 22jähr. Mann, der, vorerst das Bild einer Dermatitis herpetiformis zeigend, später große konfluierende Blasen und nässende Flächen darbot, die in der Genitalregion sogar zur Wucherung des Blasengrundes führten. Sch. konnte bei seinem Material im Jahre 1927 eine Zunahme der Pemphigusfälle konstatieren und berichtet über gute Erfolge mit kombinierter As-Höhensonnentherapie. Außerdem verabfolgt Sch. mit Quarzlicht bestrahlte Milch und pinselt die nässenden Flächen mit 5%iger Lapislösung (Luttenberger). Sch. verfügt über vier sicher geheilte Fälle von Pemphigus vulgaris mit schweren Symptomen mit bis 14jähr. Heilungsdauer.

Oppenheim: **Lupus vulgaris nodularis des Vestibulum vulvae bei einem 5jährigen Mädchen.** An der Innenseite der kleinen Schamlippen gegen die hintere Kommissur dicht nebeneinanderliegende, eigentümlich durchscheinende, sagoähnliche kleine Knötchen von gleicher Größe, die bei Anämisierung deutlich gelbweiß durchscheinen. Die Urethralumgebung eigentümlich sulzig verändert, etwas gerötet, auch im oberen Teil des Vorhofs ähnliche Knötchen. Histologisch: Typische Lupusknötchen mit zentraler Verkäsung, Epitheloidzellen, spärlichen Riesenzellen und einem Lymphozytenmantel, der bis hart an die Epithelgrenze reicht. Also keine miliare Tuberkulose, sondern Lupus vulgaris der Vulvarschleimhaut. Das Vorkommen von Lupus vulgaris am Schleimhautteil der Vulva kleiner Kinder gehört zu den größten Seltenheiten. Auf der Bauchhaut links besteht ein exulzeriertes Skrofuloderma.

Digitized by Google

2. Trypaflavin-Quarzlichtbehandlung der Psoriasis vulgaris. Im Anschluß an die in den letzten Sitzungen vorgestellten vier Fälle vier weitere Fälle. 1. 40 Jahre alt, 1906 zum ersten Male krank, vierter Spitalsaufenthalt, ausgedehnte Psoriasis vulgaris am Stamm und Extremitäten. Immer sehr resistent, gewöhnlich mit Cignolin behandelt. Nie vollständig erscheinungsfrei entlassen. 25 Trypaflavininjektionen à 0,1 g, zuerst dreimal, dann zweimal wöchentlich. Nach der 7. Injektion schon deutlicher Rückgang. Jetzt hier und da ein schuppender Fleck, sonst vollständig erscheinungsfrei.

2. 28 Jahre alt. Zweiter Spitalsaufenthalt, mit 24 Jahren aufgetreten. Psoriasis vulgaris guttata et nummularis. 7 Trypaflavininjektionen, deutlicher Rückgang.

3. 50 Jahre alt. Fünfter Spitalsaufenthalt. Ungeheuer resistente Psoriasis vulgaris punctata, guttata et chronica confluens in crure. 22 Trypaflavininjektionen, zuerst dreimal, dann zweimal wöchentlich. Sehr langsame Besserung bis zur 17. Injektion, dann sehr rasch. Auffallend ist die sehr starke dunkelbraune Pigmentierung nach Abheilung der Psoriasiseffloreszenzen wie nach Arsen.

4. 14 Jahre altes Mädchen. Erste akute dichte Eruption am Stamm. Nach 4 Trypaflavininjektionen völlig mit Pigmentierung geheilt. Die Fälle wurden alle gleichzeitig mit Quarzlicht bestrahlt unter Vermeidung von Erythem, außerdem gebadet und mit Borsalbe geschmiert. Üble Wirkungen des Trypaflavins, mit Ausnahme von Druck im Magen und leichtem Kopfschmerz in einem Falle unmittelbar nach der Injektion, konnte O. nicht beobachten. O. glaubt, daß man bei der starken Sensibilisierung der Haut durch das Trypaflavin und bei der lang andauernden Gelbfärbung des Urins mit kleineren Dosen und längeren Intervallen zwischen den Injektionen das Auslangen finden wird. O. hat die Trypaflavinbehandlung auch bei Erfrierungen und bei Lichen ruber planus mit Erfolg versucht.

3. Dermatitis papillaris capillitii infolge Verlausung. 45jähr. Frau, am Scheitel und Hinterhaupt ein fast haarloses Gebiet von Überhandtellergröße. Die Haut hier gelblichweiß, vielfach gewulstet, zahlreiche Buckel, Gruben und Furchen zeigend. Wenig verschieblich auf der Unterlage. Die Buckel, die zum großen Teil halbkugelig sind, erreichen bis Haselnußgröße. Aus den Furchen und Gruben zahlreiche Büschelhaare nach verschiedenen Richtungen auseinanderstrebend. Histologisch zeigt sich ein zellarmes Bindegewebe mit dicht angeordneten Fasern nach Art eines Fibroms oder Keloids. Die elastischen Fasern fehlen. Absolutes Fehlen von Entzündungserscheinungen mit Ausnahme von Anhäufungen von Plasmazellen in der Mitte der Bindegewebsneubildung. Der Fall erinnert an einen von mir vor 3 Jahren hier demonstrierten, bei dem es zweifelhaft war, ob der Fall zur Folliculitis abscedens et suffodiens, zur Folliculitis sclerotisans nuchae oder zur Tuberkulose gehörte. Ehrmann hielt den Fall für eine Folliculitis sclerotisans nuchae, doch bei dem Fall entstanden Fistelbildungen und chronische Entzündungserscheinungen. Die hochgradige Verlausung der Pat. (Plica polonica) mit sekundären Entzündungserscheinungen, die bei der dementen Pat. wohl sehr lange bestanden hatte, könnte das Krankheitsbild erklären.

Fessler: **1. Gumma.** 60jähr. Frau mit Gumma der rechten Tibia. Nach Spirozid rasche Besserung.

2. Psoriasis vulgaris. 48jähr. Mann mit universeller Psoriasis vulgaris. Gleichzeitig ausgedehnte leukoplakische Veränderungen der Zunge und der Wangenschleimhaut, die seit der Jugend bestehen (länger als die Psoriasis). Der Patient ist starker Raucher.

3. Erythema centrifugum. 37jähr. Mann. Das Leiden besteht seit 5 Jahren und verläuft mit öfteren Remissionen.

Könistein: **Fox-Fordycesche Krankheit.** Symmetrische Herde in beiden Achselhöhlen, in der Umgebung der Mammillae und auf der Haut der Symphysengegend. Salbenbehandlung sowie Röntgenbestrahlung erfolglos. Kaltkaustik scheint aussichtsreich.

Noël-Paris (a. G.): **Ästhetische Chirurgie und Dermatologie.** N. beginnt mit der zur Zeit viel diskutierten Brustchirurgie. Sie gibt einen Überblick über die verschiedenen anerkannten Operationsarten und vermittelt durch Lichtbilder einen Vergleich der verschiedenen Verfahren: der Operation in der Achselhöhle und der Mammatransplantation. Sie führt aus, daß diese so beliebten Methoden zwar die einzigen seien, die für die großen hypertrophischen Hängebrüste in Frage kommen, daß sie sich aber ihrer Ansicht nach für die mittleren und kleineren Ptosen weniger eignen, 1. wegen der sehr ausgedehnten allgemeinen Narkose, 2. wegen der langen Dauer der Arbeitsunfähigkeit für die Operierten, 3. wegen der Gefahren, die eine derartig eingreifende und umfangreiche Abtragung mit sich bringt und 4. wegen der Schwierigkeit, ein wirklich einwand-

Digitized by Google

freies ästhetisches Resultat zu erzielen und schließlich wegen der Narben, die nach diesen Operationen zurückbleiben. N. schlägt für die leichteren Fälle, bei denen die Frauen zu höheren kosmetischen Ansprüchen berechtigt sind, eine eigene Methode vor, die sie gegenwärtig ausübt und die in allmählich vorwärtsschreitenden Retouchen, in einer Art von Modellierung am lebenden Objekt besteht, indem vorher genau berechnete halbmondförmige Gewebsstreifen abgetragen werden, bis am Schluß eine einzige Narbe am Rande der Mammaareole zurückbleibt. Die Operationen können unter Lokalanästhesie (Sincaine clin. 1:400) ausgeführt werden, hindern die Operierten nicht im Beruf, schränken den Umfang der Abtragung ein und geben vorzügliche ästhetische Resultate. Der einzige Nachteil besteht in der Notwendigkeit mehrerer Eingriffe, aber das günstige Ergebnis und die minimalen Unzuträglichkeiten sprechen für die Methode. N. demonstriert ihre Fälle im Bilde. Sie hat sich hier auf junge Mädchen beschränkt, bei denen Ptosen mit chronischem hartnäckigem und übelriechendem Ekzem ein Heiratshindernis bildeten. N. zeigt mehrere Schemata, die ihr Schüler Lopez-Martinez (Buenos-Aires) — mit einigen in gemeinsamer Zusammenarbeit gefundenen Abänderungen — ersonnen hat, um auch bei den großen Hypertrophien nur eine einzige periareoläre Endnarbe zu erzielen. N. spricht weiterhin über Operationsmethoden zur Hebung des Hängebauches zu Heilung von Ekzem, Operationen zur Modellierung lipomatöser Oberschenkel und Hüften und unförmiger Beine, bei denen gute Proportionen hergestellt wurden. Sie verschweigt nicht die Schwierigkeiten dieser Operation und die lange Bettruhe, deren der Pat. bedarf, und bespricht noch die Operationen zur Verschmälerung der Fußgelenke. Schließlich geht sie auf die Abtragung von Narben mit oder ohne nachfolgender Radiumbestrahlung, die Entfernung von Naevi usw. ein. Sie zeigt ein paraffiniertes Gesicht, bei dem die Haut durch die Schwere des Paraffins derartig herabgezogen ist, daß durch den Speichelfluß an den Mundwinkeln miomische Schrunden entstanden sind, die nur durch eine große Operation mit völliger Neuspannung der Gesichtshaut geheilt werden konnten. N. zeigt das hierbei angewandte Verfahren der vorangehenden Abtragung des Ohrläppchens, das die Narbe verdeckt, während sie bei dem sonst üblichen Verfahren der Umschneidung des Ohres sichtbar bleibt. Zum Schluß zeigt N. Fälle von verkürzten und angehefteten Ohren, wobei sie ein eigenes Verfahren hat, das in klaviertastenförmigen Inzisionen besteht und eine weitgehende Mobilisierung des Knorpels zuläßt, auch wenn er sehr resistent ist (Mobilité en clavier). Kurzer Hinweis auf die Eingriffe an den Augenlidern, Händen, Armen, Lippen, Tätowierungen usw. In einem zweiten Teil erklärt N. die „Douche filiforme", einen millimeterdünnen Wasserstrahl, der, mit Kohlensäure oder komprimierter Luft vermischt, unter 8—10 kg appliziert wird. Eine Art „Wasserskalpell" oder, wie Verrières aus La Bourboule sagt, eine „denkende Kürette", die elektiv das erkrankte Gewebe entfernt und die ein vorzügliches Therapeutikum ist bei Akne, Acne rosacea, Neurodermitis, Pruritus, kleinen Lupusherden usw. N. weist auf die Notwendigkeit der Exkoriation hin und projiziert ihre Resultate und die verschiedenen Installationen des Apparates, die jetzt derart vereinfacht sind, daß sie selbst dem nur bescheiden eingerichteten Dermatologen zugänglich sind. Für kosmetische Zwecke findet die Dusche vielfach Verwendung bei Seborrhoe, Vergrößerung der Hautporen (Peau d'orange) und Gesichtsröte. Sie stellt eine Massage ohne Zerrung dar, die vorzüglichen Effekt auf den Tonus und die Zirkulation des Gewebes hat.

Sitzung vom 29. März 1928

Vorsitzender: Lipschütz. Schriftführer: Lipp.

Rusch: 1. **Papulo-nekrotisches Tuberkulid.** Lokalisiert an Fingern und Zehen, aggregierte Anordnung, tuberkulöse Lymphome am Hals, histologische Präparate.

2. **Keratodermia plantaris et palmaris symmetrica disseminata (Buschke-Fischer).** Mann. Dauer des Leidens 10 Jahre.

3. **Purpura Majocchi.** Seit 8 Wochen bestehen bei dem sonst gesunden 50jähr. Pat. etwa ein Dutzend oblong gestalteter, aber nicht annulär konfigurierter Herde in der linken Unterbauchgegend und am Planum femorale in zosteriformer Anordnung. Blutbefund normal. Die histologischen Veränderungen entsprechen jenen bei dieser Erkrankung typischen.

Freund, F.: 1. **Tubero-cerpiginöses Syphilid.** An der Außenseite des rechten Oberschenkels lokalisiert, durch einen etwa $^1/_2$ cm breiten blauroten weichen, wenig elevierten, teilweise mit Borken bedeckten Infiltratsaum begrenzt. Zentral zarte Narben mit ringförmigen Pigmentations- und Depigmentationszonen in konzentrischer Anordnung.

Digitized by Google

2. **Pityriasis lichenoides mit varizellaartigem Vorstadium.** 16jähr. Mann. Besonders an den oberen Extremitäten, den Oberschenkeln, am Halse, weniger am Stamm zerstreut angeordnete rote bis braunrote Papeln von Hanfkorn- bis über Linsengröße, teilweise schuppend, die älteren undeutlicher konturiert, flacher, mit parallel gefältelter dünner Schuppe. Dazwischen hanfkorngroße Bläschen und Krusten (besonders am Genital). Geringe Neigung zur Konfluenz, nur am Halse Zusammenfließen der hier deutlich in Spaltrichtung angeordneten Effloreszenzen. Vor 2 Wochen waren zahlreiche varizellaartige Bläschen zu sehen, die sich vorwiegend an der Streckseite der Extremitäten fanden. Keine Drüsenschwellung, Schleimhäute frei, WR negativ, Pirquet positiv. Mantoux sehr stark positiv.

Ullmann: 1. **Naevoide Mißbildungen der Haut.** 23jähr. Person, seit früher Jugend Veränderungen, die sich in den letzten Jahren stärker entwickeln; flächenhafte Angiome, ziemlich symmetrisch an den Innenflächen der oberen Extremitäten und ausgedehnte Veränderungen der Körperhaut. Die Angiome sind von unveränderter Haut bedeckt. Auf der Oberfläche des Thorax, unterhalb des rechten Schlüsselbeins, eine mehr warzige, angiomatöse, leicht durchscheinende erbsengroße Geschwulst. Es fällt eine beträchtliche Fetthypertrophie der linken Gesäßhälfte und des oberen Teiles des Oberschenkels auf. Eine ähnliche, hauptsächlich das Fettgewebe betreffende Hypertrophie auf der anderen Seite vorzüglich in der Wadengegend. Die Geschwülste nicht genau abgrenzbar, Haut darüber weich, nirgends fixiert, nicht schmerzhaft. Hier keine Angiome. Auch der Knochenwuchs, besonders an den unteren Extremitäten, hypertrophisch. Er gleicht fast den Veränderungen bei Akromegalie. Röntgenologisch keine Tumorbildung der Hirnanhangdrüsen. Es handelt sich um angeborene Mißbildungen. Auffallend und doch auf die endokrine Mitbeteiligung hinweisend ist die dürftige Entwicklung der Mammae. Menstruationsanomalien fehlen.

2. **Vermehrtes Haarwachstum und Pigmentanreicherung nach Röntgenbestrahlung.** Pat. vor $1^1/_4$ Jahren wegen Haarausfalles bestrahlt. Einige Wochen nachher Effluvium, dann langsamer Wiederwuchs, zuerst flaumig, allmählich kräftiger. Seit einigen Monaten neuerlicher Ausfall. U. verweist auf die haarwuchs- und pigmentfördernde, aber nur vorübergehende Wirkung der Röntgenstrahlen auf Seborrhoe. Ein zweiter Fall, 38jähr. sonst gesunder Mann wurde von U. 1924 wegen fast völliger Alopecia capillitii et barbae an allen Stellen mit relativ schwacher Röntgenbestrahlung behandelt, zeigte Monate nachher bloß flaumigen Bestand, der sich aber vom 4. bis 6. Monat stark anfärbte, und zwar etwas dunkler, als die ursprüngliche Haarfarbe gewesen war und schließlich einen reichgelockten Haarbestand aufwies. Es ist interessant, daß auch Erwachsene ähnliche Wuchsformen nach Röntgenbestrahlung aufweisen, wie sie jüngst Fuhs an einem Mädchen und 1923 auch Arning gezeigt haben. Es ist sicher, daß solche Erscheinungen häufiger vorkommen, als sie bisher gemeldet wurden, und auf den Reiz der Röntgenstrahlen auf Haarmatrix und Pigmentfermentation beruhen. U. hat auf dieses Vorkommnis schon 1901 und 1904 hingewiesen und seither im Anschluß an Dermatosen die Reizwirkung der Röntgenstrahlen an verschiedenen Körperstellen, so auch in der Achselhöhle und Schamgegend beobachten können.

3. **Erythema multiforme in Herpesform.** Ein 22jähr. Mädchen mit zahlreichen, dem Typus des Erythema multiforme entsprechenden, verschieden großen Flecken an Handflächen und Fingern. Pat. leidet an diesem Zustande schon mehrere Jahre. Vor etwa 2 Monaten ausgedehnter Herpes labialis mit ausgeprägten Allgemeinerscheinungen. Fieber und Mattigkeit. Die Überimpfung der Herpesbläschen auf das Kaninchenauge (Kollert) verlief negativ. Der Fall scheint wichtig, weil das Erythema multiforme auch unter den Erscheinungen eines Herpes labialis, auch zoster, auftreten kann. Schon F. Hebra unterschied einen Herpes iris. Der Tierversuch gibt hier schärfere Scheidung, die die Klinik in zweifelhaften Fällen nicht bietet. Die Ursache der jahrelang bestehenden Affektion liegt jedoch in hartnäckiger Verstopfung, die durch Retroflexio uteri bedingt ist. Zur Zeit vor der Menstruation und Kongestion des Uterus ist die Verstopfung am stärksten und die Hauterscheinungen treten gleichmäßig hervor.

4. **Behandlung planer Warzen mit Solutio Fowleri.** 23jähr. Mann, bei dem alle bisher durchgeführten therapeutischen Versuche gegen Verrucae planae der Handrücken erfolglos waren. Auf Hg in Form von Diplosal nach 6 Wochen ohne jeden Erfolg. U. erzielte durch interne Abgabe von Solutio Fowleri und gleichzeitige tägliche Bepinselung der Warzen mit demselben Präparat nach etwa 4 Wochen fast völlige Heilung. U. hält die Kombination in der angewandten Form für das beste Mittel gegen plane Warzen.

Digitized by Google

5. **Erythema polymorphe recidivans.** Typisches, aus zierlichen Effloreszenzen sich darstellendes Krankheitsbild über beiden Händen und im Gesicht mit Erscheinungen auf Lippenrot und Wangenschleimhaut, das U. im vorliegenden Falle auf hartnäckige Obstipation zurückführt.

Oppenheim: 1. **Luetisches Rezidivexanthem. Freibleiben über Pleuritis sicca.** 37jähr. Stickerin, am Stamm und an den Extremitäten sehr reichlich bis über fingernagelgroße, braunrote, makulose Effloreszenzen, zum Teil gruppiert und gyriert mit einzelnen Papeln gemischt. Am Rücken links zeigt sich ein vollständig exanthemfreier Fleck, der zwei Finger unter der linken und vier Finger unter der rechten Skapula beginnt, nach rechts außen bis zur Skapulargegend reicht, dann bogenförmig sich umgrenzt und nach abwärts über die linke Nateshälfte bis zum linken Trochanter reicht. O.s Vermutung einer Pleuritis an dieser Stelle wurde klinisch bestätigt. Sorgo hat bekanntlich die Haut über pleuritischen Schwarten und pleuritischen Entzündungen schwerer faltbar und die Subkutis verdickt gefunden. Es ist daher die Aussparung des Exanthems mit den geänderten Zirkulationsverhältnissen über pleuritischen Veränderungen zu erklären in Analogie mit der bekannten Aussparung des syphilitischen Exanthems über stark entwickelten Brüsten und auf der Höhe des graviden Uterus.

2. **Negativer Spirochätennachweis in Erosion und Drüsenschwellung mit folgendem luetischem Exanthem bei negativer Seroreaktion.** 29jähr. Pflasterergehilfe, daumennagelgroße Balanitis circinata erosiva, Inguinaldrüsen links über erbsengroß, etwas schmerzhaft. Genaueste Untersuchung auf Spirochäten von 6.—13. März im Ulkus wie in den Drüsen auch nach Provokation negativ. Seroreaktionen negativ, nach 2,0 g Spirozid in 3 Tagen am 19. März, Auftreten eines sehr reichlichen makulopapulösen Exanthems. Im Sulcus coronarius eine erbsengroße infiltrierte Erosion, Spirochäten positiv, WR auch heute noch negativ. Die ursprüngliche Balanitis vernarbt, induriert, bildet eine derbe münzenartige Einlagerung. Es ist dies innerhalb kurzer Zeit der vierte Fall, bei dem Ulzera am Genitale und Drüsenschwellungen sowie Seroreaktionen negativ waren und erst das Auftreten eines Exanthems oder das Positivwerden einer WR die Diagnose ermöglichte. O. wird nun auf Grund dieser Fälle jede verdächtige Erosion oder jedes klinisch suspekte Ulkus auch bei nicht gesicherter Diagnose abortiv behandeln.

Aussprache hierüber vertagt.

3. **Psoriasis vulgaris behandelt mit Trypaflavin- und Quarzlichtbestrahlung.** 43jähr. Hilfsarbeiter, ausgedehnte Psoriasis vulgaris punctata guttata, numularis, gyrata et geographica am Stamm und an den Extremitäten, diffusa am behaarten Kopfe. 4 Trypaflavininjektionen intravenös à 0,10 g zweimal wöchentlich, dann zweimal wöchentlich 0,05 g, im ganzen davon 7 Injektionen, außerdem täglich Quarzlampenbestrahlung, Bäder, Borsalbe. Die Psoriasiseruption bis auf geringe Reste mit Pigmentierung abgeheilt.

27jähr. Seifenmachergehilfe, Psoriasis vulgaris rupioides über Stamm und Extremitäten, konfluierend an den Streckseiten der unteren Extremitäten und am behaarten Kopfe. 11 Trypaflavininjektionen, zweimal wöchentlich, anfänglich 0,10 g, später à 0,05 g, Borsalbe, Bäder, Quarzlampenbestrahlung. Die Effloreszenzen vollständig abgeheilt, nur an den Unterschenkeln und am Kreuz noch Spuren sichtbar. Es scheint, daß man mit den geringen Dosen Trypaflavin, zweimal wöchentlich appliziert, dieselbe Wirkung wie mit den großen Dosen erzielt. In einem Falle, der hier demonstriert wurde, ist es 14 Tage nach dem Spitalaustritt zu einer spärlichen akuten Eruption einer Psoriasis punctata et guttata gekommen. Es schützt also die Trypaflavinbehandlung nicht vor Rezidiven.

Kerl: **Urticaria pigmentosa.** 4jähr. Kind, bei dem das Leiden im 11. Lebensmonate begonnen hat. Derzeit zerstreut am Stamm braunrote Flecken. Bemerkenswert ist die Lokalisation von Maculae an der Stirn und in der behaarten Kopfhaut. Histologische Bestätigung der Diagnose. Mastzellenanhäufungen, vorwiegend strangförmig angeordnet.

2. **Lupus follicularis disseminatus.** 28jähr. Frau, Affektion besteht seit 2 Jahren. An beiden Wangen kleinste, braunrote infiltrierte Maculae. Histologisch zirkumskripte, aus Epitheloidzellen aufgebaute Infiltrate mit zentraler Nekrose. Vereinzelt Riesenzellen.

3. **Morbus Schamberg?** 36jähr. Frau. Beginn des Leidens vor etwa 4 Monaten. Pat. bemerkte damals ohne vorausgehende subjektive Beschwerden fleckförmige Verfärbungen. Derzeit befinden sich am Stamme gelbliche Flecken verschiedener Größe;

Digitized by Google

die frischeren Erscheinungen lokalisieren sich an der Innenseite des linken Oberschenkels und in der Inguinalgegend. Hier linsen- bis zehngroschenstückgroße Herde, im Zentrum gelb verfärbt; am Rande zeigen sie hirsekorngroße, düsterrote Knötchen. Erythrozyten 6280000, Leukozytose mittleren Grades, segmentkörnige Neutrophilen 48,5%, stabkörnige Neutrophilen 3%, Lymphozyten 39,5%, Monozyten 4,5%, Eosinophile 4,5%, Thrombozyten 200960, Nachblutungszeit 2 Minuten. Klinisch schwankt die Diagnose zwischen Purpura teleangiectodes und Schambergscher Erkrankung. Die derzeit veröffentlichten differentialdiagnostischen Merkmale scheinen nicht auszureichen, um in jedem Falle die beiden Erkrankungen abtrennen zu können. Pautrier meint, daß die Pigmentkörner (Siderose) bei der Schambergschen Erkrankung, da sie auf eine Blutung per diapedesin zurückzuführen seien, ganz feinkörnig seien. Ganz hingegen findet bei der Purpura teleangiectodes neben Zerreißung der Gefäßwände auch Blutung per diapedesin. Wenn Templeton angibt, daß die Schambergsche Erkrankung nur beim Manne vorkommt, so wird sich dieses differentialdiagnostische Moment nicht aufrechterhalten lassen. Im gegebenen Falle spricht für die Schambergsche Erkrankung der Blutbefund, die ziemlich reichliche Pigmentierung und der chronische Verlauf, den Templeton besonders betont, im Gegensatz zur Purpura Majocchi, die relativ akut, mit prodromalen, rheumatischen Erscheinungen verläuft.

Ullmann möchte nach dem derzeitigen Aussehen des Falles, der die Gefäßerweiterungen am Oberschenkel in typischer Form aufweist, aber keine Pigmentierungen, sich doch weit eher für Morbus Majocchi entscheiden. Wie schon der Name Mal progressive pigmentaire der Schambergschen Erkrankung anzeigt, ist die Pigmentierung ein Wesensmerkmal.

Kerl: **Pityriasis rosea.** 24jähr. Frau, bei der sich die Herde nicht nur am Stamm, sondern auch in der behaarten Kopfhaut finden. Die Ausbreitung der Pityriasis rosea am Kapillitium wurde in den letzten Jahren wiederholt demonstriert. K. macht auf das derzeit gehäufte Auftreten der Erkrankung aufmerksam, das für infektiöse Ätiologie zu sprechen scheint.

Geiger: 1. **Prämykosis?** 50jähr. Pat., der an Stamm und Extremitäten zahlreiche verschieden große, ovale bis runde scharfbegrenzte Plaques von braungelber bis roter Farbe aufweist, die an der Oberfläche zum Teil kleienförmig schuppen, zum Teil mit festhaftenden, zarten Schuppenkrusten bedeckt sind. Harn: o. B., Pilzbefund: negativ. Blut: mäßige Leukozytose (9800), 36% Lymphozyten, 15½% Monozyten, 2½% Eosinophile. Beginn der Erscheinungen Dezember 1927; im Januar, Februar und März 1927 zog Pat. Benzin aus Fässern ab und soll beim Saugen am Schlauch stets kleine Mengen geschluckt haben. Die chemische Analyse dieses Benzins ergab keine ungesättigten Kohlenwasserstoffe, keine saueren oder basischen Anteile, keinen Eindampfrückstand. Jedoch ist es mit schwer flüchtigen Petroleumfraktionen gemischt und enthält etwa 7—10% eines über 100° C siedenden Anteiles. Epidermale Auflage mit diesem Benzin ruft deutliches Erythem hervor, desgleichen eine Kontrolle mit Spitalsbenzin. Histologisch: Stellenweise Parakeratose, meist aber Ansatz zu Hyperkeratose, Akanthose, Ödem in Epidermis und Papillarkörper. Erstere enthält stellenweise gequollene Zellen und Vakuolen. Um erweiterte Blut- und Lymphgefäße des Papillar- und Subpapillarkörpers Infiltrationsmäntel, die aus Lymphozyten verschiedener Größe; daneben polynukleäre Leukozyten, wenigen Plasmazellen und Fibroblasten bestehen. G. bespricht die Giftwirkung, Kohlenwasserstoffe und die Differentialdiagnose des Falles und meint, daß eine beginnende Mycosis fungoides vorliege.

2. **Lupus erythematodes discoides.** Etwa zehngroschenstückgroßer typischer Herd über der Stirn, auf Glasdruck braungelbes Infiltrat zurücklassend. Intern: alter Spitzenprozeß. Histologisch: Follikuläre Hyperkeratose, Atrophie der Epidermis, besonders um das Follikelostium, Kapillarerweiterung im Papillarkörper, Homogenisierung des Bindegewebes, Rundzelleninfiltrat im Stratum papillare, im Stratum reticulare mehrere scheibenförmige Infiltrationsherde mit reichlichen Plasmazellen.

Urbach: 1. **Lichtdermatose.** 21jähr. Pat. erkrankte das erstemal vor 2 Jahren, Anfang März mit intensivem Juckreiz im Gesicht und an den Extremitäten. Die Affektion heilte erst nach Wochen aus, um im Herbste wieder aufzutreten. Derzeit ist Pat. seit 3 Wochen krank und zeigt im Bereiche der Nase und der angrenzenden Wangenpartien eine akute Rötung und Krustenbildung. An allen Extremitäten follikuläre, aufgekratzte Knötchen. Wenige Tage nach der Spitalsaufnahme gehen die Hauterscheinungen rasch zurück, um, wenn die Pat. ins Freie kommt, unter Juckreiz wiederzukehren. Die Nase der Pat. zeigte nach Abklingen der akuten Entzündungserscheinungen leichte Narbenbildung.

Digitized by Google

2. **Sarkoid Darier-Roussy.** 32jähr. Mann. Gibt an, seit 7 Jahren stets im Februar, anfangs nur an den Unterschenkeln, jetzt auch an den Oberarmen und Oberschenkeln tief gelegene, nach einiger Zeit an der Oberfläche als blaurote Knoten imponierende, druckempfindliche Verhärtungen zu bekommen, die später ihre Farbe völlig verlieren, dagegen als harte Platten noch lange nachweisbar. Nach einigen Wochen schwindet die Affektion entweder spurlos oder mit Hinterlassung einer Einsenkung. Derzeit zeigt Pat. oberhalb des linken Olekranon eine pflaumengroße lividrote Geschwulst — den Beginn der Erkrankung. An den Außenseiten beider Oberarme sowie an den Unterschenkeln tastet man im subkutanen Fettgewebe derbe, oft 1 cm lange Stränge. An der Außenseite des linken Oberschenkels schließlich eine schillinggroße Stelle mit diffuser Verhärtung in der Umgebung (Ausheilungsstadium). Röntgenologisch findet sich eine Tbc. pulmonum milliaris discreta. Histologisch: Im subkutanen Fettgewebe ein dichtes Infiltrat aus Epitheloiden, Fibroblasten, Lymphozyten und Riesenzellen. In der Kutis feine streifenförmige lymphozytäre Infiltrate, Verdichtung der Gefäße, Obliteration einer Vene. Das histologische Bild entspricht dem des Erythema induratum Bazin.

3. **Naevus multiplex Pringle kombiniert mit Morbus Recklinghausen.** I. Vater a) Zahlreiche Teleangiektasien und stecknadelspitzgroße, rote Knötchen am Kinn. b) Zahlreiche gestielte Fibrome, beide Achselhöhlen umrahmend. c) Am Rücken linsen- bis bohnengroße Plaques von gelblicher Farbe. d) Zahllose stecknadelkopfgroße hautfarbene Knötchen an der Innenseite des linken Oberschenkels, die an manchen Stellen beetartig zusammenfließen. Histologisch zeigen alle Tumoren Bindegewebscharakter. e) Vitiligoflecke.

II. 17jähr. Tochter. Typischer Naevus Pringle des Gesichts. Epileptiforme Anfälle und Intelligenzdefekte weisen auf eine tuberöse Hirnsklerose. Im Bereiche des linken Scheitelbeins eine 3 cm lange, $^1/_2$ cm breite, tief imprimierte, haarlose Narbe, die an einen coup de sabre erinnert. Weiter auf der Stirn sepiabraune, groschen- bis schillinggroße, polyzyklisch begrenzte Plaques von weich-elastischer Konsistenz; am Sternum blauviolette pflastersteinähnliche Tumoren von derb-elastischer Beschaffenheit, am Ober- und Unterbauch sowie in den Flanken teils vereinzelte, teils gruppierte bis handtellergroße alabasterweiße Naevi. Auf der Schleimhaut des harten Gaumens sowie am Zungenrücken etwa je ein halbes Dutzend linsengroße, rötlichgelbe Knötchen; am linken Seitenrande der Zunge zwei erbsengroße gelbe Tumoren. Zahlreiche Vitiligines. Schwere Akrozyanose aller Extremitäten. Histologisch bieten alle Tumoren einschließlich jener des Gesichts das Bild von Bindegewebsgeschwülsten.

III. 10jähr. Tochter, typische Pringleknötchen im Gesicht; auf der Stirn bohnengroße sepiabraune, weißlichgelbe Geschwülstchen, Vitiligines. Schwere Akrozyanose der Extremitäten. In der rechten Unterbauchgegend eine mannsfaustgroße Vorwölbung, über der die Haut eine leicht livide Verfärbung aufweist. Der Tumor ist auffallend weich, ungefähr von der Konsistenz eines Lymphangioms. Die Operation ergab, in der Subkutis zum Teil mit der Muskulatur verwachsen, eine etwa 12 cm lange, 4 cm breite Geschwulst, die histologisch als Neurofibroma Recklinghausen angesprochen werden muß.

Oppenheim erinnert an die von Nobl und ihm vorgestellten Kombinationsbilder von Naevus Pringle mit Morbus Recklinghausen. O. hat damals schon den Naevus Pringle als Abortivform eines Morbus Recklinghausen aufgefaßt.

Urbach: **Abhängigkeit eines Angioma cavernosum von Schwangerschaft und Menstruation.** Die 35jähr. Pat. gibt an, seit der Geburt einen ungefähr kindshandgroßen, lividen Fleck am Nacken zu haben, der erst im 7. Monat der Schwangerschaft (Pat. war damals 26 Jahre alt) rapid zu wachsen begann. Desgleichen erfolgte eine weitere Größenzunahme bei zwei folgenden Schwangerschaften, aber bereits im ersten Monat, so daß beide unterbrochen werden mußten. Auch zur Zeit der Menses schwillt nach Angabe der Kranken die rechte Gesichtshälfte bei gleichzeitiger Vergrößerung des übrigen Tumors an. Derzeit findet sich ein Naevus angiomatosus cavernosus in einem Bereiche, der den rechten Anteil des behaarten rückwärtigen Schädeldaches, den Nacken, die anschließende Skapulargegend, die Schulterwölbung, die Infraklavikularpartie und die rechte laterale Gesichtshälfte umfaßt. Allmorgendlich ist ein deutliches Ödem der gesamten rechten Gesichtshälfte nachweisbar, das erst nach einigen Stunden Aufsein verschwindet.

Fessler: **Lues psoriasiformis.**

Fasal: **Systemisierter ichthyosiformer Naevus.** 18jähr. Mann. Die Haut des größten Teiles des Stammes und der Extremitäten schmutziggelb bis dunkelbraun ver-

Digitized by Google

färbt, auch reibeisenförmig, stellenweise drüsig. Am Rücken größere Partien normaler Haut ausgespart. An den Armen sind die Streckseiten frei; an der Innenseite der Oberarme ziehen Streifen, die sich in der Ellenbeuge zu einem größeren Herde vereinigen. Am Ulnarrand des rechten Handtellers streifenförmige Keratose. Vom Stamm setzt sich die Affektion über das Gesäß und in streifenförmiger Anordnung über die Oberschenkel und besonders intensiv über die Kniekehlen bis auf die Unterschenkel fort. Familienanamnese negativ. Pat. ist in der Entwicklung zurückgeblieben. Die stark hervortretenden Stirnhöcker sprechen für überstandene Rachitis. Bekanntlich liegt die Anlage zur Naevusbildung im Keimplasma. Meirowsky und Lewen haben den Begriff der Erschütterung des Keimplasmas herangezogen und dies als Idiokinese bezeichnet.

Königstein: **Knötchenerkrankung der Gesichtshaut (adenoide Einlagerungen).** Zwei Frauen. Beide zeigen im Gesicht, auf der Nase und an beiden Wangen meist isoliert stehende, leicht transparente, hirsekorn- bis linsengroße, flach oder halbkugelig gestaltete Effloreszenzen, die in normaler Umgebung sitzen und normale Farbe aufweisen. Gelegentlich kleine Gruppen und Konfluenz. Im Laufe der Zeit geringe Größenzunahme und dunkleres Kolorit. Bei einer dritten Pat. kleiner höckeriger Tumor in der Schläfengegend. Wiederholte interne Untersuchung und Beobachtung des Blutbildes ergibt keine Anhaltspunkte für eine Systemerkrankung des lymphatischen Apparates. Histologisch: Scharf umschriebene Knötchen im Stratum reticulare, die sich im allgemeinen aus lymphozytären Elementen zusammensetzen und von Bindegewebsstreifen und Gefäßen durchzogen werden. Vereinzelt Riesenzellen, Leukozyten, eosinophile Zellen. Schließlich wurden Keimzellen gefunden. Diagnose: Lichenoides Exanthem des Gesichts, das sich auf Grundlage adenoider Einlagerungen in der Haut entwickelt hat.

Lipschütz pflichtet den Ausführungen Königsteins bei. Die vorgestellte Affektion der Gesichtshaut mag histologisch mehr oder weniger mit Befunden übereinstimmen, wie solche von mir, von Kaufmann-Wolf u. a. beschrieben worden sind. In klinischer Hinsicht kommt aber den Fällen Königsteins besondere Bedeutung, auch in differentialdiagnostischer Hinsicht zu.

Matras: 1. **Multizentrisches Basalzellenkarzinom.** 72jähr. Mann mit einem etwa handtellergroßen, ovalen Herd an der Außenseite des Oberarmes. In diesem Bereiche die Haut durch zahlreiche stecknadelkopf- bis kleinlinsengroße, flach prominierende Knötchen grobgefeldert. Mitten in diesem Herd ein etwa $4^1/_2 : 3^1/_2$ cm großer, fleischiger, mäßig derber Tumor, etwa 1 cm das Hautniveau überragend, seine Oberfläche exulzeriert und zerklüftet, nässend und leicht blutend. Histologisch: Im Bereiche des gefelderten Randbezirkes typisches multizentrisches Basalzellenkarzinom. Der Tumor entspricht einem ausgereiften Plattenepithelkarzinom mit netzartig angeordneten Zellsträngen und teilweise schleimig entartetem Zwischengewebe. Allenthalben Hornperlen.

2. **Acrodermatitis Herxheimer mit sklerodermieartigen Veränderungen.** 51jähr. Frau. Geringe atrophische Veränderungen an den oberen, viel ausgesprochenen und an den unteren Extremitäten. Die kranke Haut bläulichrot in der Kniegegend in ungefähr Handtellergröße geschwollen und infiltriert, in den übrigen Partien verdünnt und gefältelt. Durchscheinende Gefäße. An der Außen- und Vorderseite des linken Unterschenkels sowie am linken Fußrücken gelbbraun verfärbte, derbe, sklerodermieartige Haut. Am linken äußeren Knöchel und Umgebung mehrere trophische Ulzera. Das Serum baut nach modifizierter Abderhalden-Reaktion in verstärktem Maße Ovarien ab. WR negativ, Pirquet schwach positiv, intern außer einer leichten Hyperthyreoidose o. B.

Riehl jun.: **Zur Frage der Salvarsanüberempfindlichkeit.** I. 12jähr. Mädchen (Lues congenita), im Vorjahre mit dem Bruder und Vater als Fälle von familiärer Neosalvarsanidiosynkrasie vorgestellt. Alle drei zeigten Salvarsanexanthem und positiven Ausfall der funktionellen Hautprobe. Das Mädchen reagierte damals auf Läppchenauflage mit Bildung konfluierender Blasen, mit deren Inhalt passive Übertragung der Überempfindlichkeit auf einen bis dahin salvarsantoleranten Luetiker gelang. Anschließend Versuch der Desensibilisierung bei dem Mädchen auf kutanem Wege durch Auflegen von mit Neosalvarsan getränkten Läppchen. Verdünnung 1:1000 bis 1:3 mit mehrtägigen Intervallen innerhalb 5 Wochen. Nach etwa einjähriger Pause, während welcher Pat. nur mit Spirozid behandelt wurde, ergibt die funktionelle Hautprüfung merkliche Herabsetzung der Überempfindlichkeit. Sie verträgt nunmehr auch Neosalvarsan intravenös und hat bereits neunmal 0,15 g Neosalvarsan intravenös erhalten. Ob der Erfolg auf Rechnung des kutanen Desensibilisierungsversuches zu buchen ist, ist nicht mit Sicherheit entscheidbar. Die Einfachheit der kutanen Methode ermutigt zu weiteren Versuchen in dieser Richtung.

Digitized by Google

II. 69jähr. Pat., Tabetikerin. Sommer 1927 schwere Salvarsandermatitis. Februar 1928 nach einer intramuskulären Injektion von $^1/_8$ ccm 1%igen Hg succinimid. und 10 ccm Jodhexarin intravenös diffuse Rötung und Schwellung des Gesichts, Halses und der oberen Brustpartien sowie der oberen Extremitäten. Nach Abflauen der Hauterscheinungen funktionelle Hautprüfung: Hg succinim. (leichte Bläschenbildung), Hg bicyanat. (konfluierende Blasen), Sublimat (leichte Rötung), Wismutpräparat und Jodtinktur negativ. Im Serum der Pat. (Doz. Barrenscheen, chem. Univ.-Inst.) reichlich Arsen und Hg in Spuren. Hautprüfung auf Arsenpräparate, Neosalvarsan 1:2; große prallgefüllte Blase, 1:10: leichte Bläschenbildung. Silbersalvarsan 1:2: Rötung, Salvarsannatrium 1:2: ganz schwache Rötung. Andere Arsenpräparate, wie Solarsan, Natr. kakodylic. usw. negativ. Es besteht also gruppenspezifische Idiosynkrasie gegen verschiedene Salvarsane. Intravenöse Injektion von 0,15 g Salvarsannatrium ruft Hauterscheinungen hervor wie die vorhergegangene Hg-succinim.-Injektion. Letztere hatte wahrscheinlich mobilisierend auf die Arsendepots gewirkt. Der Fall zeigt, daß auch bei angedeuteter Gruppenspezifität gegen Salvarsane jede Medikation mit einem Präparat dieser Gruppe zu meiden ist.

III. 44jähr. Pat. (Lues I). Nach 3 g Neosalvarsan im normalen Turnus — intravenös injiziert — Auftreten eines Exanthems am ganzen Körper. Funktionelle Hautprüfung mit Neosalvarsan in allen Konzentrationen negativ. Hier handelt es sich nicht um eine Salvarsanüberempfindlichkeit im Sinne der Allergie, sondern um ein toxisches Salvarsanexanthem.

IV. Übertragungsversuch. Von der erwähnten Tabetikerin (Fall II) wurde Bläscheninhalt einer salvarsantoleranten Luetikerin intrakutan injiziert und nach 24 Stunden Neosalvarsanlösung 1:2 an dieser Stelle kutan appliziert (Methode Urbach-Königstein). Rötung, Knötchen- und reichlich Bläschenbildung an dieser Stelle nach weiteren 24 Stunden. Nach 9 Tagen neuerliche Hautprüfung mit Neosalvarsan an anderen Hautstellen ergibt wieder stark positive Reaktion. Es handelt sich also um die von Urbach und Jadassohn beschriebene „Fernauslösung". Der Fall ist als gelungene passive Übertragung einer Neosalvarsanidiosynkrasie zu betrachten. Intravenös wurde das Mittel in diesem Falle weiter anstandslos vertragen. Die übertragene Empfindlichkeit beschränkt sich demnach hier lediglich auf das Hautorgun (kutane Hautallergie). (Erscheint ausführlich.)

Fuhs: **Pemphigus vulgaris.** I. 29jähr. Frau, Krankheitsdauer ein halbes Jahr. Vor 4 Wochen bei der Aufnahme zahlreiche Blasen auf teils intakter, teils gerröteter Haut sowie erodierte, krustenbedeckte, teils disseminierte, teils konfluierende Herde an Gesicht, Stamm und Extremitäten. Zytologisches Blutbild 10% Eosinophile. Auf 12 intravenöse Injektionen von 10 ccm 1%iger Trypaflavinlösung mit nachfolgender Allgemeinbelichtung mit Höhensonne prompte Rückbildung der Erscheinungen an Extremitäten und unteren Stammpartien; nur die Gesichts-, Brust- und Rückenherde resistenter, doch auf die letzten Injektionen und Bestrahlungen auch bereits in deutlicher Involution.

II. 36jähr. Frau, Krankheitsdauer 10 Wochen. Zahlreiche rote bis rotbraune, erodierte, krustenbedeckte Stellen über den ganzen Körper disseminiert, dazwischen auch Blasen auf teils normaler, teils geröteter Haut. An Axillen, unterer Abdominal- und Genitalgegend zeigen die Effloreszenzen Neigung zu Wucherung. Krustenbedeckte Stellen am Lippenrot, reichlich erodierte, fibrinbelegte, von Blasen umsäumte Stellen an der Mundschleimhaut. Zytologisches Blutbild: 32% Eosinophile. Auf 4 intravenöse Injektionen von 1%iger Trypaflavinlösung mit folgender Höhensonnenbelichtung deutliche Rückbildung der Erscheinungen. Es scheint somit auch bei manchen Formen von Pemphigus die kombinierte Trypaflavin-Höhensonne einen Behandlungsfortschritt zu bedeuten.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften

The British Journal of Venereal Diseases

1928, Bd. 4, H. 2

The Antenatal Treatment of Syphilis (Vorgeburtliche Syphilisbehandlung), von D. Nabarro-London. S. 107. In den Jahren 1800—1809 starben in einem Hospital für syphilitische Kinder in Paris 617 von 1024. Im Jahre 1913 veröffentlichte Sauvage als erster die Erfolge der Salvarsanbehandlung syphilitischer Mütter, wobei in 91 Schwangerschaften 81 gesunde Kinder entstanden. Boas berichtet in seiner neuesten Statistik über 85,5% gesunder Kinder bei genügender Salvarsanbehandlung der Mütter; er fordert eine energische Behandlung vor der Mitte der Schwangerschaft, da zu dieser Zeit die Spirochäten die Plazenta passieren. Die antenatale Behandlung kann nicht dringend genug empfohlen werden, um den Eltern Kummer und Selbstvorwürfe und dem Staat die Sorge um erblindete oder geistig minderwertige Kinder zu ersparen.

Antenatal Treatment of Venereal Disease — Syphilis (Discussion) (Vorgeburtliche Syphilisbehandlung), Diskussion. S. 123. Die Organisation der vorgeburtlichen Behandlung lohnt sich auch bei einem Durchschnittsprozentsatz von 2,2 syphilitischen Müttern, während sich in den Großstädten vielfach 10% finden (Harrison). Margaret Rorke macht aber auf einen Fall aufmerksam, der vom 3. Monat ab reichlich mit Hg, Bi und Salvarsan behandelt wurde. Das Kind ging durch Entbindungsschwierigkeiten zugrunde, war aber anscheinend gesund und kräftig. Trotzdem ergab die Sektion reichlich Spirochäten in Leber und Milz.

The Antenatal Treatment of Gonorrhoea (Vorgeburtliche Gonorrhoebehandlung), von M. Rorke, Royal Free Hosp. S. 134. Das Ziel der Behandlung ist nicht nur Augenerkrankungen der Neugeborenen zu vermeiden, sondern die Mütter frei von infektiösen Keimen zu entlassen und in eben so gutem Zustand, als wenn sie die Geburt ohne infektiöse Komplikation überstanden hätten. Es handelt sich dabei nicht nur um Gonokokken-, sondern auch um Koliinfektionen, die oft viel gefährlicher bei der Entbindung sind, und um Strepto- und Staphylokokken-Infektionen. Außerdem findet sich bei jüdischen Frauen häufig milchiger Ausfluß, der durch Überwuchern des Döderlein-Bazillus hervorgerufen wird.

Gonorrhoea as a Complication in Pregnancy, Labour and Puerperium (Blennorrhoe als Geburts-, Entbindungs- und Wochenbettskomplikation), von A. L. Mc Ilroy, Royal Free Hospital London. S. 144. Während der Schwangerschaft und des Wochenbetts pflegt die Infektion akuter und ausgedehnter zu werden. Bei normaler Vagina war in 1%, bei pathologischem Ausfluß in 13% Puerperalfieber feststellbar. Jeder Eingriff wie Zange oder Plazentarausräumung kann verhängnisvoll werden und der Kaiserschnitt kann der Kraniotomie in solchen Fällen vorzuziehen sein.

The Antenatal Treatment of Venereal Disease — Gonorrhoea (Discussion) (Vorgeburtliche Blennorrhoebehandlung), Diskussion. S. 154. Auch der Kaiserschnitt kann bei bestehender Infektion zu den unangenehmsten Komplikationen führen. Zur Verhütung der Augenblennorrhoe wird 5%ige Protargollösung der zu stark reizenden Silbernitratlösung vorgezogen. Prophylaktische Impfungen gegen Puerperalsepsis hatten keinerlei Ergebnis. In England sind zumeist besondere Abteilungen für die Entbindung Geschlechtskranker nötig, da es den sogenannten anständigen Ehefrauen nicht zugemutet werden könne, mit geschlechtskranken unverheirateten Müttern im selben Zimmer zu liegen. F. Rosenthal-Berlin.

Digitized by Google

The Urologic and Cutaneous Review

Mai 1928, Bd. 32, Nr. 5

Two Cases of Striped Dyskeratosis of the Riehl Type (Zwei Fälle von streifenförmiger Dyskeratose vom Typus Riehl), von L. Fuellenbaum-Lemberg. S. 277. Bei einem Manne von 50 Jahren bestand seit seinem 4., bei seiner jetzt 8jähr. Tochter seit ihrem 2. Lebensjahre an Fußsohlen und Handflächen die streifen- und inselförmige Dyskeratose. Es handelt sich also um eine kongenitale und erbliche Affektion. Über Vorkommen der Erkrankung in der Aszendenz des Vaters ließ sich nichts ermitteln.

Cosmetic Treatment of Facial Scars (Kosmetische Behandlung von Gesichtsnarben), von E. Eitner-Wien. S. 282. Vertiefte Narben in verhältnismäßig flacher Form beruhen auf Akne, Variola, Varizellen; sie werden am besten exzidiert und der Defekt durch aufgepfropfte Haut gedeckt. Sind sie sehr zahlreich, so daß sich nur geringe Bezirke gesunder Haut zwischen ihnen finden, so kann man diese mit dem Drillbohrer zerstören. Größere Narben nach Abszessen usw. erfordern Exzision und nachfolgende sorgfältige Naht. Tiefe Narben finden sich nach Lymphadenitis; hier muß nach Exzision zur Ausfüllung ein Polster gesunder Haut eingelegt werden. Bei Keloiden Radiumbehandlung, die jedoch sehr lange Zeit erfordert; kann man unmittelbar auf die Wunde Röntgenbestrahlungen geben, so kann man Keloide auch exzidieren. Für Pseudo-Keloide ist Kataphorese mit Jodkalium, auch Kohlensäureschnee, angezeigt. Besondere Eigentümlichkeiten der Oberfläche und Färbung zeigen Narben nach Radium- und Röntgenverbrennungen; die Verfärbungen sind dabei ganz oberflächlich und können mit dem Rasiermesser entfernt werden; gegen die Teleangiektasien ist Kohlensäureschnee geeignet, die nicht verfärbte narbige Haut kann durch Tätowieren (mit Goldchlorid) verbessert werden. Bei frischen Narben kann spontane Besserung innerhalb der ersten zwei Jahre erwartet werden; die zweckmäßigste frühzeitige Maßnahme ist Diathermie und dann Massage.

Travel Notes of a Dermatologist in Europe (Reiseerinnerungen eines Dermatologen aus Europa), von E. Molesworth-Sydney. S. 283. Der Bericht beschäftigt sich zum großen Teil mit dem Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Bonn.

Induratio penis plastica, von H. J. Polkey-Chicago, Ill. S. 287. Zusammenstellung von 550 Fällen aus der Literatur und Überblick über die mit verschiedenen Methoden bei ihnen erzielten Heilerfolge; am wirksamsten erscheinen Operation und Röntgenbestrahlungen. Ein eigener Fall.

Renal Tuberculosis (Nierentuberkulose), von J. Welfeld und A. Wochinski-Chicago, Ill. S. 308.

Remarks on Gonorrhoea in the Male (Bemerkungen zum Tripper des Mannes), von L. Balog-Berlin. S. 312. Der Verf. vertritt hier wie schon zu wiederholten Malen die Anschauungen von Picker über den Tripper des Mannes als einer infektiösen Systemerkrankung und die Notwendigkeit einer topischen Diagnose.

Trypaflavin in the Treatment of Gonorrhoea (Trypaflavin bei der Behandlung des Trippers), von J. Konrad-Innsbruck. S. 318. Zur Anwendung kamen bei Männern und Frauen intravenöse Einspritzungen einer ½—2%igen Lösung an 10—14—20 aufeinanderfolgenden Tagen; bestand bei Männern eine Posterior, so wurden Janet-Spülungen mit einer Lösung 1:2000 hinzugefügt. Bei Männern wurde durch diese Behandlung in Verbindung mit der sonst üblichen eine Beschleunigung des Heilungsprozesses erzielt; bei mit Trypaflavin behandelten Pat. ist das Auftreten von Komplikationen etwas sehr Ungewöhnliches, bei schon bestehenden Komplikationen führen die intravenösen Trypaflavineinspritzungen zu baldiger Besserung und ermöglichen schnelleres Beginnen mit der örtlichen Behandlung. Bei Frauen sind die Erfolge nicht so gut wie bei Männern, am geeignetsten für die Trypaflavinbehandlung scheinen Zervixaffektionen zu sein. Die bei der Behandlung zu beobachtenden Nebenerscheinungen, Hitzegefühl unmittelbar nach der Einspritzung, Übelkeit, Erytheme bes. in den Sommermonaten an den unbedeckten Körperteilen, Venenthrombosen, sind im allgemeinen geringfügiger Natur, so daß sie gegenüber der guten Wirkung in den Hintergrund treten.

Digitized by Google

A New Glass Holder for the Three Glass Urine Test (Ein neuer Glashalter für die Dreigläserprobe des Harns), von Wm. B. Tatum-Brooklyn, N. Y. S. 320. Beschreibung eines aus Aluminium hergestellten Halters mit Abbildung.

Ureteral Meatotomy (Meatotomie des Harnleiters), von Robert Cowen-Detroit), Mich. S. 320. Die Inzision des Orifiziums des Harnleiters, die bei der Entfernung eingeklemmter Steine in Frage kommt, birgt die Gefahr von Blutungen in sich. Es empfiehlt sich statt dessen die schneidende Elektrode („radio knife") nach Collings.

Juni 1928, Bd. 32, Nr. 6

The Removal of Stones in the Ureters (Die Entfernung von Harnleitersteinen), von A. Rothschild-Berlin. S. 349.

The Role of Pyelo-ureterograms in Urology (Die Bedeutung von Pyelo-Ureterogrammen in der Urologie), von J. Cash King-Memphis, Tenn. S. 352.

Diseases of the Urinary Tract in Workers in Chemical Factories (Erkrankungen des Harntraktes bei Arbeitern chemischer Fabriken), von R. Oppenheimer-Frankfurt a. M. S. 358. In einem Zeitraum von 17 Jahren wurden als Folgen der Beschäftigung in chemischen Fabriken 40 Fälle von Geschwülsten und 12 Fälle von Blasenreizungen, Zystitis oder Urethritis beobachtet. Beides trat erst nach längerdauernder Beschäftigung ein. Die Reizungen konnten nicht als Vorstadium der Geschwulstbildung betrachtet werden. Diese zeigten sich auch bei in der Nachbarschaft der betreffenden Fabriken beschäftigten Personen. Bei derselben Beschäftigung kamen sowohl gutartige wie bösartige Geschwülste zur Beobachtung.

A Foreign Body in the Vagina (Ein Fremdkörper in der Scheide), von W. Ray Jones-Seattle, Washington. S. 374. Bei einer sexuell übererregbaren Person, die infolge früherer Infektion und Furcht vor Gravidität keinen normalen Verkehr hatte, sondern auf die mannigfachste Art masturbierte, fand sich in der Scheide eine durch Vaginismus festgeklemmte Flasche von einer Länge von 11 cm und einem Durchmesser des Bodens von 4½ cm. Die Entfernung gestaltete sich sehr schwierig.

Fibrous Cavernositis. Report Case (Induratio penis plastica. Bericht eines Falles), von Ch. W. Jefferson-Louisville. S. 375. Verhältnismäßig oberflächliche Induration dorsal zwischen den Corpora cavernosa. Keine Luesanamnese, kein Trauma. Höhensonnebestrahlungen und Jodnatrium innerlich bewirkten geringe Besserung.

Prostatism sans Prostate (Prostatismus ohne Prostata), von Philip S. Rosenblum-Philadelphia. S. 376. Erscheinungen von Prostatismus können auch ohne Prostatahypertrophie beobachtet werden, so durch chronische Prostatitis, Hypertrophie des Trigonums, Divertikel und Steine der Harnblase, Strikturen. Zur Diagnose ist Zystoskopie erforderlich.

How Does Diathermy Act? (Wie wirkt Diathermie?), von E. Roucavrol-Paris. S. 377. Der Artikel beschäftigt sich mit der Wirkung der Hochfrequenzströme beim Tripper. Sie wird so erklärt, daß durch sie Bakterientoxine freigemacht werden, die eine Vermehrung der Polynukleären im Gefolge haben. Diese jungen Polynukleären wirken stärker phagozytär auf die Gonokokken; diese schwinden dadurch und damit hat die Bildung von Toxinen und dann auch die darauf folgende Polynukleose ein Ende. Das Sekret wird nunmehr epithelial. Nach Schwinden der Gonokokken ist also die Diathermiebehandlung zwecklos. Diagnostisch wirkt die Diathermie, indem bei alten Prozessen durch sie versteckte Gonokokken an die Oberfläche gebracht werden.

The Ultra-Violet Ray in the Treatment of Diseases of the Urethra, Bladder and Uterus (Die ultravioletten Strahlen bei der Behandlung von Krankheiten der Harnröhre, der Blase und des Uterus), von A. Bernay-Lyon. S. 379. Für Harnröhre, Blase und Uterus hat Verf. besondere sondenartige Instrumente zur direkten Anwendung der ultravioletten Strahlen im Inneren dieser Organe konstruiert, deren Konstruktion und Technik beschrieben wird.

Porokeratosis. Report of Three Cases (Porokeratosis. Bericht dreier Fälle), von E. S. Lain-Oklahoma City, Okla. S. 383. Die Zahl der seit der ersten Veröffentlichung von Mibelli beschriebenen Fälle ist immer noch eine verhältnismäßig geringe. Verf. zählt mit seinen 3 Fällen in Amerika im ganzen 20. Es handelt sich hier um das Auftreten der Krankheit bei 3 Geschwistern; derartige, auch sonst

Digitized by Google

schon beobachtete familiäre Eigentümlichkeiten in Verbindung mit dem histologischen Befunde, der gelegentlichen Neigung zu spontanem Schwinden, der Resistenz gegen alle möglichen Behandlungsmethoden lassen die Krankheit als eine besondere Art Naevi auffassen. E. Levin-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Bd. 21, Nr. 7

Section of Dermatology

Sitzung von 16. Februar 1928

H. MacCormac: **Leukaemic Erythrodermia.** S. 1171. Über den ganzen Körper ausgebreitete, stellenweise dunklere Rötung, an den Beinen Haut geschwollen, feucht, an Handflächen und Fußsohlen Hyperkeratosen. Schwellung der Leistendrüsen, keine Milzschwellung. Blutbild zeigt Leukämie mit ausgesprochener Lymphozytose. Histologisch in der Kutis Infiltration von großen lymphozytenähnlichen Zellen. Der Fall entspricht einem früher von anderer Seite unter der Bezeichnung: „lymphoblastic erythrodermia" beschriebenen.

M. Sidney Thomson: **Acanthosis Nigricans.** S. 1174. 13jähr. Knabe zeigt an verschiedenen Körperstellen Braunfärbung der Haut mit oberflächlichen Fissuren und Schuppen. Histologisch ausgesprochene Hyperkeratose, Stratum granulosum stellenweise bis auf 4 Zellen verdickt. Akanthose nicht ausgesprochen. Melaningehalt der Basalschicht gering. Leichte interpapilläre Proliferation und perivaskuläre Infiltration, keine Mastzellen. In der Besprechung wird die Diagnose bezweifelt (vielleicht Pityriasis rubra pilaris).

H. W. Barber: **Two Cases of Sarcoid** (Zwei Fälle von Sarkoid). S. 1176. In dem einen Falle gelbliche, leicht erhabene Plaques von lupoidem Aussehen mit spontaner Involution in den zentralen Abschnitten; in dem anderen rötlichbraune, erhabene Knötchen, die nach Krysolgan z. T. schwinden. In beiden Fällen Pirquet negativ.

R. T. Brain: **Adenoma Sebaceum.** S. 1177. Das gleiche bei der Mutter und Schwester.

E. G. Graham Little: **Ulceration of Nipple: ?Paget's Disease** (Ulzeration der Brustwarze. Pagetsche Krankheit?). S. 1177. Bestehen seit 1 Jahr. Basis der Brustwarze etwas verdickt, Drüse frei, keine Drüsenschwellungen in der Achselhöhle.

E. G. Graham Little: **Nodular Infiltrations in Subcutaneous Tissue: Case for Diagnosis** (Knötchenförmige Infiltrationen im subkutanen Gewebe: Fall zur Diagnose). S. 1177. Weiche Knötchen, auch ohne Druck schmerzhaft. Keine Mollusca fibrosa. Wahrscheinlich früher Fall von Adipositas dolorosa.

E. G. Graham Little: **Lichen Planus of Rare Type** (Lichen planus von seltenem Typus). S. 1177. An den Unterarmen rotblaue, gefenstert angeordnete, Maschen umschließende Papeln; an den Handrücken ist die Anordnung eine mehr follikuläre, an den Schenkeln diskrete, kleine, follikuläre Knötchen, an der Glans penis dunkelbraune, pigmentierte Stellen. Plaques an der Mundschleimhaut.

S. E. Dore: **Chronic Stagnatory Erythema of the Legs Treated bei Arterial Sympathectomy** (Chronisches Stauungserythem der Beine mit arterieller Sympathektomie behandelt). S. 1178. Die Operation bewirkte keine Besserung des Zustandes.

J. H. T. Davies: **Specimen: Microscopical Section Showing Adenoma-Carcinoma of Sweat-gland** (Mikroskopisches Präparat eines Adenokarzinoms der Schweißdrüsen). S. 1178. Das Präparat stammt von einer erbsengroßen, gestielten Geschwulst am Kopfe eines 18jähr. jungen Mädchens. E. Levin-Berlin.

Acta Dermato-Venereologica

1928, Bd. 8, Nr. 5

Les Lichénifications anormales. (Lichénifications anormales par leur siège, Lichénifications anormales par leur forme.) (Die ungewöhnlichen Lichenifizierungen. Durch ihre Lokalisation ungewöhnliche Lichenifizierungen, durch ihre Form ungewöhnliche Lichenifizierungen), von L. M. Pautrier. S. 313. Die mit sehr in-

Digitized by Google

struktiven Abbildungen versehene Arbeit gibt einen eingehenden historischen Überblick über die Entwicklung der Lichenfragen. Lichenifikation der Gesichtshaut, des behaarten Kopfes, der Handteller werden z. T. an Hand eigener Fälle beschrieben, dann geht Verf. ausführlich auf die histologischen und klinischen Besonderheiten der Lichenificatio circumscripta nodularis chronica = Lichen obtusus corneus und der Lichenificatio hypertrophica ein.

Ein Beitrag zur Kenntnis des „Erythema chronicum migrans", von K. Hübschmann. Tschech. derm. Kl. Prag. S. 343. Bei einem 8jähr. Mädchen entwickelte sich am linken inneren Augenwinkel im Verlauf eines Monats eine rote Plaque, danach ähnliche Erscheinungen am rechten Augenwinkel. Zentrale Depigmentierung und allmähliches peripheres Fortschreiten einer entzündlichen Zone. An den depigmentierten Stellen trat leichte Hautatrophie auf, die Epheliden persistierten jedoch. Verf. rechnet den Fall zu der von Lipschütz beschriebenen Form des Erythema chronicum migrans, der sich allerdings durch seine Lokalisation und durch die Hautatrophie von allen bisher bekannten Fällen unterscheidet.

Contribution à l'étude de la gale norvégienne ou croûteuse. Communication d'un cas exquis de la gale norvégienne invétérée, associée à la trychophytie superficielle généralisée et d'helminthiase (Beitrag zum Studium der Scabies norwegica sive crustosa. Mitteilung eines veralteten Falles von norwegischer Skabies in Verbindung mit einer generalisierten oberflächlichen Trichophytie und einer Helminthrasis), von V. L. Feldmann und M. Per, Ven. Staats-Inst. Moskau. S. 359. Nach eingehender Wiedergabe des klinischen Bildes der Scabies norwegica wird in größter Ausführlichkeit der Fall eines 8jähr. Knaben geschildert, bei dem die Krankheit in enormer Ausdehnung bestand, kompliziert durch die oben mitgeteilten Affektionen. Verff. kommen zu dem Schluß, daß die Scabies norwegica eine spezielle Abart der gewöhnlichen Skabies darstelle, daß alle Skabiesformen durch den gleichen Erreger (Sarcoptes scabiei communis var. hominis) verursacht werden und daß für das Entstehen der sogenannten norwegischen Abart neben Mangel an Behandlung und Hygiene noch eine besonders schlechte Resistenz der Haut, akzidentelle Dermatosen anderer Art, allgemeine Körperschwäche und besondere Disposition verantwortlich seien.

A Case of Lymphogranuloma „Inguinale" in the Axillary Glands After an Infection Received on Enucleating a Hard Bubo (Bubo Strumosa) (Ein Fall von Lymphogranuloma „inguinale" in den Achseldrüsen nach einer bei der Ausräumung eines harten Bubo [Bubo strumosa] erworbenen Infektion), von S. Hellerström-Stockholm. S. 394. 1904 Fingerinfektion eines Arztes bei der Operation. Darauf intermittierendes Fieber, Drüsenschwellung in der Achselhöhle, haselnußgroße Schwellungen in der Haut von blauvioletter Farbe mit Pseudofluktuation. Exstirpation der Drüsen, die, in Alkohol aufbewahrt und 1927 mikroskopisch untersucht, das Bild des Lymphogranuloma inguinale zeigten. Intrakutanimpfung mit dem Freischen Antigen führte Oktober 1927 zu deutlichen Allergieerscheinungen. Das Antigen stammte von einem Pat. aus Havana, dessen exstirpierte Drüsen das histologische Bild des klimatischen Bubo zeigten. Dieser Pat. reagierte positiv auf ein Antigen von einem schwedischen Fall von Lymphogranuloma inguinale und andererseits ergab das aus seinen Drüsen gewonnene Antigen positive Reaktion bei 3 anderen Fällen von Lymphogranuloma inguinale. Deshalb hält Verf. mit Frei u. a. die klimatischen Bubonen und Granuloma inguinale für die gleiche Krankheit. Die nach 23 Jahren bestehende Allergie im beschriebenen Falle spricht dafür, daß das Lymphogranuloma inguinale eine Erkrankung sui generis ist.

M. Gumpert-Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1928, Bd. 9, Nr. 3

Le tissu réticulo-endothélial dans les états pathologiques (Das retikuloendotheliale Gewebe in pathologischem Zustande), von Hudelo und Cailliau. S. 145. An den Berührungsflächen von Epidermis und Kutis besteht ein Netz von anastomosierenden fixen Zellen, dessen Maschen aus Fibrillen embryonalen Charakters gebildet sind, die ein großes retikuläres Synzytium darstellen. In ihm finden sich bewegliche Zellen. Dieses Zellsystem scheint für den Organismus ein Verteidigungswerkzeug zu sein, es spielt eine große Rolle in den innergeweblichen Vorgängen,

Digitized by Google

wie dies schon früher bei der Pigmententstehung, der Verteilung der Fette und Cholesterinfettester und der Lagerung des Eisenpigments gezeigt wurde. Hierher gehört auch die Theorie der inter- und intrazellulären Theorie von Masson, Pautrier und Levy. Verff. stellen den Begriff einer translakunären Bewegung auf. Einzelschilderung des retikulo-endothelialen Gewebes bei der Urticaria pigmentosa, bei verschiedenen Pigmentanomalien, Xanthomen, Schambergscher Krankheit u. a.

Essai sur l'origine embryologique d'un naevus pigmentaire de la région ano-vulvaire (Entwicklungsgeschichtliche Entstehung eines Pigmentnaevus der anovulvären Region), von C. Simon und Ch. Garnier. S. 163. Die Entstehung eines Pigmentnaevus, der rund um Vagina und Anus angeordnet ist, wird durch keimplasmatische Störungen beim embryonalen Zusammenwachsen der verschiedenen Fissuren in der Genitoanalgegend erklärt.

Un cas autochtone de leishmaniose cutanée à Constantinople (Autochthoner Fall von Hautleishmaniose in Konstantinopel), von R. Abimélech. S. 168. Drei Fälle.

Sur le traitement du lichen plan par la radiothérapie de la moelle épinière et des ganglions sympathiques (Behandlung des Lichen planus durch Röntgenbestrahlung des Rückenmarks und der sympathischen Ganglien), von S. Neumark und A. Krynski. S. 175. Verff. haben an 8 Fällen die Röntgentherapie des Rückenmarks bei Lichen planus erprobt. Sie gaben in etwa 4wöchentlichen Intervallen 3—6 H bei 3—4 mm Al.-Filter. Je nach dem Sitz der Erkrankung wurde der obere oder untere Abschnitt der Wirbelsäule bestrahlt. Die Behandlung wurde als besonders wirksam bei generalisierten akuten oder subakuten Fällen empfunden; weniger wirksam war sie bei auf die unteren Extremitäten und den Penis lokalisierten Fällen; gar nicht reagierte der Lichen ruber verrucosus der Beine. Kurz nach den Bestrahlungen wird im allgemeinen über Verstärkung des Juckreizes geklagt, der aber mit Ausnahme von 2 Fällen bald ganz verschwand. Man darf nicht zu früh mit der Röntgenbehandlung aufhören, da viele Fälle nach der ersten Bestrahlung keinerlei Beeinflussung zeigen.

1928, Bd. 9, Nr. 4

La mélanogenèse et les ferments cutanés (Pigmentgenese und Hautfermente), von L. H. Dejust. S. 241. Bis heute ist eine Extraktion einer Dopalösung aus der menschlichen Haut noch nicht gelungen. Verf. stellte experimentell fest, daß Dopa fermentativ dreimal so empfindlich wie Tyrosin ist. Über die Entstehung des melanotischen Pigments ist noch nichts Sicheres auszusagen. Zweifellos wird es durch Melanin gebildet. Bisher ist aber eine genaue chemische Analyse der verschiedenen Melanine noch nicht gelungen. Melanin hat den Charakter eines unverwerteten Zellabfallprodukts, das in unlöslicher Form vorhanden und normalerweise nicht zur Umbildung geeignet ist. Besprechung der diesbezüglichen Literatur unter besonderer Hervorhebung der Blochschen Arbeiten.

La pelade traumatique (Traumatischer Haarausfall), von Fr. Moutier und P. Legrain. S. 268. Auf Grund der wenigen im Kriege publizierten Fälle von traumatischem Haarausfall wird das Auftreten desselben als selten betrachtet. Er entsteht nach Schädel- oder Gesichtsverletzung und tritt meist unter dem Bild des kreisförmigen Haarausfalles, der verschieden große Ausdehnung zeigt, auf. Meist entsteht er ein bis längstens zwei Monate nach der Verwundung. Gleichzeitig finden sich bei vielen Kranken nervöse Symptome in Gestalt von starkem Kopfschmerz, Lähmungen, vorübergehender Aphasie und visuellen Störungen. Mitteilungen von 3 Beobachtungen während des Krieges.

Recherches sur le mecanisme physiopathologique de la pelade (Untersuchungen über den physio-pathologischen Mechanismus des Haarausfalls), von A. Lévy-Franckel und E. Juster. S. 285. Bei vielen Fällen von Haarausfall wurden vasomotorische Störungen, Veränderungen des okulo-kardialen, pilomotorischen und nasofazialen Reflexes und Störungen endokriner Natur beobachtet. — Bei einer 37jähr. Pat., die seit 22 Monaten an ausgedehntem Haarausfall des Kopfes und der Augenbrauen leidet und erfolglos mit Salvarsan behandelt wurde, finden sich Anzeichen von Basedowscher Krankheit. Nach Röntgenbestrahlung der Schilddrüse tritt Rückgang der Basedowerscheinungen und neues Haarwachstum auf. Die Pat. bleibt ein Jahr ohne Behandlung, daraufhin wird eine Verschlimmerung des Basedow und Auftreten neuer kahler Stellen beobachtet.

Digitized by Google

1928; Bd. 9, Nr. 5

Dermatose pigmentaire progressive de Schamberg (Schambergsche Krankheit), von W. Dubreuilh. S. 337. Beschreibung von 4 Fällen von Schambergscher Krankheit bei zwei Männern (20 und 70 Jahre alt) und bei 2 Frauen (50 und 72 Jahre alt). Anführung der Unterscheidungsmerkmale von der Majocchischen Purpura und dem Angioma serpiginosum Hutchinson. Letzteres ist diffuser angeordnet, ausgesprochen angiomatös und zeigt keine Pigmentierung. Die Majocchische Erkrankung hat einen mehr angiektatischen Charakter, die Krankheitsdauer ist kürzer.

La cyanose sus-malléolaire hypostatique. Essai de discrimination entre les diverses cyanoses locales (Supramalleoläre hypostatische Zyanose. Versuch zur Unterscheidung von den verschiedenen örtlichen Zyanosen), von G. Delater und R. Hugel. S. 344. Klinik, kapillarmikroskopische Betrachtung, Histologie, Pathogenese und Therapie der Krankheit, die wir besonders häufig bei jungen Mädchen an den Unterschenkeln finden und das von anderen Autoren als Erythrocyanosis crurum puellarum beschrieben ist. Kapillarmikroskopisch wurden Spasmen zahlreich beobachtet. Andererseits finden sich stark erweiterte Gefäße. Histologisch kann diese Erkrankung niemals mit dem Erythema Bazin verwechselt werden. In den oberen Kutisschichten finden sich zahlreiche Gefäßverzweigungen, die stark mit Blut angefüllt sind. Peripiläre Zyanose. — Vergrößerung des subkutanen Fettpolsters. Wahrscheinlich ist das durch die eigentümliche Elastizität des Gewebes zu erklären. — Therapeutisch wird Diathermie (Abdomen-Fußsohlen), Hochfrequenz mit Vignalscher Kondensatorelektrode und Höhensonnenbestrahlung empfohlen. Außerdem Injektionen mit einer Lösung von salzsaurem Chinin und Harnstoff. Schließlich werden noch Wechselbäder und gymnastische Übungen im Liegen erwähnt.

Le lupus érythémateux dans les races noires (Lupus erythematodes bei der schwarzen Rasse), von P. Noel. S. 372. Beobachtung eines Falles von ausgedehntem Lupus erythematodes im Gesicht und an zahlreichen Körperstellen bei einer 30jähr. Hindufrau.

Contribution à l'étude de la verrucose généralisée (Beitrag zum Studium der generalisierten Verrukosis), von S. A. Glaubersohn. S. 378. Literaturübersicht über die von diesem Krankheitsbild erschienenen Arbeiten (Lewandowsky und Lutz, Fuchs, Hidaha, Kogoj, E. Hoffmann u. a.). Anführung eines eigenen Falles bei einer 52jähr. Pat., die an einer ausgedehnten Verrukosis am ganzen Körper leidet.

A. Holländer-Bielefeld.

Réunion Dermatologique de Strasbourg

(Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1928, Nr. 4)

Sitzung vom 11. März 1928.

G. Sackenreiter: **Un cas de tuberculose des glandes salivaires labiales** (Ein Fall von Tuberkulose der Speicheldrüsen der Lippen). S. 250. An der verdickten Oberlippe harte, durch gleichfalls harte, schmerzlose Stränge miteinander verbundene Knötchen, an der Unterlippe ein Geschwür. Histologischer Befund ergibt Tuberkulose der Speicheldrüsen, ein im allgemeinen seltener Befund.

L.-M. Pautrier und A. Diss: **Dermatite pigmentaire de Schamberg** (Schambergsche Dermatitis pigmentosa). S. 252. Das bei der Schambergschen Krankheit das Pigment bildende Hämosiderin ist neben den histologischen Veränderungen ein wichtiges diagnostisches Moment. In dem vorgestellten Falle fand sich zwar nur eine unvollkommene Imprägnierung des Langerhansschen Systems mit Hämosiderin, trotzdem muß aber an der Diagnose der Schambergschen Krankheit festgehalten werden, weil das Pigment hier in äußerst feinen Körnchen vorhanden ist.

L.-M. Pautrier, A. Diss und Walter: **Urticaire pigmentaire à début tardif. Mastocytes et échanges dermoépidermiques** (Urticaria pigmentosa mit spätem Beginn. Mastzellen und Austausch zwischen Kutis und Epidermis). S. 254. Die Anschauung, daß das Auftreten der Urticaria pigmentosa im höheren Alter eine Seltenheit darstellt, muß aufgegeben werden, auch der vorgestellte Fall war im Alter von 50 Jahren erkrankt. Histologisch stellte er sich als ein Mastzellentumor dar, wobei die Mastzellen bis an die Epidermis heranreichten und mehrfach basophile und metachro-

Digitized by Google

matische Körner enthaltende Fortsätze in diese hineinsandten. Dadurch konnten in einigen Basalzellen vom Typus der Langerhansschen Zellen metachromatische Körner nachgewiesen werden. Andererseits fanden sich in Mastzellen der Kutis melanotische Pigmentkörner, die in der Epidermis gebildet wurden. Es besteht also ein Austausch zwischen den Mastzellen der Kutis und den pigmentbildenden Zellen der Epidermis.

G. Hufschmitt: **Leucémides cutanées probables (cas pour diagnostic)** (Vermutliche Hautleukämide [Fall zur Diagnose]). S. 257. Seit 15 Jahren bestehende Erkrankung an den Beinen und dem rechten Arm; scheibenförmige Effloreszenzen von verschiedener Größe, graurötlich bis dunkelrot oder schieferfarben. Sie sind nicht ganz scharf begrenzt, die Haut über ihnen ist glänzend, leicht gestrichelt, von lichenoidem Aussehen. Einzelne zeigen papulöse Erhabenheit, sind leicht infiltriert, andere zeigen Übergang in Atrophie, wieder andere sind unter Hinterlassung von Epidermisnarben mit Substanzverlust geschwunden. Die Haut der befallenen Teile ist diffus zyanotisch, stellenweise livedoartig. Geringe Schwellung der Leistendrüsen. Das Blutbild zeigt Übermaß roter Blutkörperchen mit vermehrtem Hämoglobingehalt. Kein Jucken. Trotzdem wird lymphozytäre Pseudoleukämie als vorliegend erachtet.

J. Roederer und Woringer: **Tuberculose verruqueuse à placards multiples chez un enfant paraissant s'être infecté par voie externe au cours d'un séjour dans un sanatorium** (Tuberculosis verrucosa mit mehrfachen Plaques bei einem Kinde, das sich anscheinend während eines Aufenthaltes in einem Sanatorium auf äußerem Wege infiziert hat). S. 260. Die Infektion in dem Sanatorium, in dem das Kind sich 4 Monate lang befunden hatte, ist wahrscheinlich, da es vorher in einer von Tuberkulose völlig freien Umgebung gewesen war. Die Tuberculosis verrucosa entsteht gewöhnlich durch Infektion auf äußerem Wege.

René Simon: **Lymphogranulomatose inguinale. Amélioration par le traitement par l'émétique. Opération chirurgicale terminale** (Lymphogranulomatosis inguinalis. Besserung durch Behandlung mit Tartarus stibiatus. Schließlich chirurgische Operation). S. 262. Die intravenösen Einspritzungen von Tartarus stibiatus waren in dem Falle von ziemlich starken unangenehmen Allgemeinerscheinungen begleitet, führten aber zu einem Rückgange der Schwellungen. Nach ihrem Aussetzen trat ein Rezidiv ein, nach wieder begonnenen Einspritzungen erneuter Rückgang, doch kein völliges Schwinden, so daß nunmehr die Exstirpation vorgenommen wurde, die verhältnismäßig einfach war, da die Drüsen durch die voraufgegangene Behandlung voneinander isoliert waren. Die Einspritzungen dürfen nicht vor Schwinden der Schwellung ausgesetzt werden; führen sie allein nicht zum Ziele, so ist die Operation hinzuzufügen.

A. Esquier: **Le Lichen corné hyportrophique du scrotum dans la race noire, forme anormale de lichénification** (Der Lichen corneus hypertrophicus des Skrotums bei der schwarzen Rasse, abnorme Form der Lichenifikation). S. 265. Die Erkrankung wurde bei Angehörigen schwarzer Rassen auffallend häufig (60 Fälle in 2 Jahren) beobachtet, während in der gleichen Zeit kein einziger Fall bei einem Europäer vorkam. Das Vorliegen der Krankheit war nach den klinischen Erscheinungen gesichert, in einem Falle auch durch die histologische Untersuchung bestätigt. In mehreren Fällen bestand gleichzeitig Hauttrichophytie, die aber mit der Erkrankung des Skrotums nichts zu tun hat, da in den Schuppen dieser niemals Pilze gefunden wurden. Vielleicht tragen häufige Reibungen bei den Personen, die sonst gewohnt waren nackt zu gehen, zu dem Auftreten der Erkrankung bei, vielleicht handelt es sich auch um eine besondere Reaktionsfähigkeit der schwarzen Haut. Der Lichen corneus, der jetzt als abnorme Lichenifikation, nicht als Abart des Lichen planus betrachtet wird, also nur ein Symptom darstellt, kann auf verschiedenen Ursachen beruhen. Prädisposition und verschiedenartige äußere Ursache wirken wahrscheinlich zusammen.

J. Kreis: **Une forme pathologique de la menstruation relevant de l'hérédosyphilis** (Eine von der kongenitalen Syphilis abhängige pathologische Form der Menstruation). S. 270. Für kongenitale Syphilis charakteristisch ist es, wenn die Menstruation oft verhältnismäßig spät, sehr reichlich und langdauernd auftritt. Dies wurde in einer Reihe von Fällen beobachtet, in denen kongenitale Syphilis sicher nachweisbar war. Spezifische Behandlung führt zu normalem Menstruationstypus, dieser kann sich auch spontan herstellen, oder es können sich unregelmäßige

Digitized by Google

Metrorrhagien entwickeln. Bei der Entstehung kann es sich um Gefäßstörungen oder um funktionelle Störungen handeln.

J. Schaumann: **Psoriasis et lupus érythémateux associés** (Verbindung von Psoriasis und Lupus erythematosus). S. 278. In 3 Fällen wurde das gleichzeitige Vorkommen beider Krankheiten beobachtet, ein weiterer Fall von anderer Seite. Ein Achten auf diese Kombination wird vielleicht zu der Anschauung führen, daß es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, sondern um tiefere Ursachen, die vielleicht in der bei beiden Krankheiten noch nicht geklärten Ätiologie liegen.

L.-M. Pautrier: **Erythrodermie exfoliante généralisée à type vésiculo-oedémateux, provoquée chez une psoriasique par un traitement à la thiochrysine** (Generalisierte exfoliierende Erythrodermie von vesikulös-ödematösem Typus, bei einer Psoriatischen durch Behandlung mit Thiochrysin hervorgerufen). S. 282. Nach mehreren intravenösen Einspritzungen, die bereits eine Besserung der Psoriasis bewirkt hatten, trat mit Temperatursteigerung und Oligurie eine exfoliierende Erythrodermie auf, die mehrere Wochen bestand und ganz dem Bilde der Salvarsan-Erythrodermie enteprach. E. Levin-Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

1928, Nr. 4. Sitzung vom 19. April 1928

Gougerot und Carteaud: **Comparaison de l'„Epidermodysplasia verruciformis" et de la papillomatose pigmentée papuleuse et réticulée** (Vergleich der „Epidermodysplasia verruciformis" und der Papillomatosis pigmentosa papulosa et reticularis). S. 288. Da in der vorigen Sitzung bezüglich der Diagnose der von den Vortragenden vorgestellten Fälle verschiedene Anschauungen zutage getreten waren, werden die differentialdiagnostischen Unterschiede zwischen den in der Überschrift genannten Affektionen eingehend in tabellarischer Form gegenübergestellt.

Gougerot und Carteaud: **Troisième cas de papillomatose pigmentée papuleuse et réticulée** (Dritter Fall von Papillomatosis pigmentosa papulosa et reticularis). S. 290. Bei dem Kranken, der in der Pubertätszeit pluriglanduläre Störungen durchgemacht hat, haben die Hauterscheinungen in der Gegend zwischen den Brustwarzen begonnen und sich von da aus weiter ausgebreitet. Sie entsprechen den bei den früher vorgestellten Fällen beschriebenen.

Marcel Pinard, Lafourcade und Versini: **Prurit lichénoide mélanodermique simulant l'acanthosis nigricans** (Juckende, lichenähnliche, melanodermische Erscheinungen, Acanthosis nigricans vortäuschend). S. 293. Vor 12 Jahren Beginn mit juckenden, allmählich zu umfangreichen, nässenden Plaques konfluierenden, kleinsten roten Papeln an den Genitalien und in deren Umgebung. Ähnliche Erscheinungen später auch an anderen Körperstellen. Es traten Allgemeinstörungen infolge von Sohmerzhaftigkeit der Affektion ein und es zeigten sich ferner an den befallenen Stellen bräunliche Pigmentierungen; auch an den nicht befallenen Stellen war die Haut stärker pigmentiert als zuvor. Von seiten der Schleimhäute besteht nur eine stellenweise etwas stärkere Pigmentierung der Schleimhaut der Unterlippe und eine verästelte Pigmentierung der Mastdarmschleimhaut. Innere Organe ohne irgend welchen Befund. Das klinische Bild des Falles hat mit der Acanthosis nigricans Ähnlichkeit, der auch der histologische Befund, allerdings in einer gewissermaßen abgeschwächten Form, entspricht. Jedoch konnte in dem seit 12 Jahren bestehenden Falle keine Neubildung nachgewiesen werden und er dürfte nicht zur Gruppe der Acanthosis nigricans zu rechnen, sondern mit der in der Überschrift gegebenen Bezeichnung zu benennen sein. Darier äußert gegen die Diagnose einer Acanthosis nigricans große Bedenken mit Rücksicht auf die Lokalisation sowie darauf, daß die Läsionen nicht in papillären Wucherungen, vielmehr in Lichenisation mit Hyperkeratose bestehen.

Jean Saidman: **La sensitométrie de la peau** (Messung der Empfindlichkeit der Haut). S. 296. Die ultravioletten Strahlen werden in einer viel zu schematischen Weise ohne genügende Dosierung angewendet, eine solche ist nicht nur nach der Art der zu behandelnden Affektion, sondern auch nach der Empfindlichkeit der behandelten Person vorzunehmen. Mittels eines kleinen vorgestellten Apparates können abgestufte Dosen verabfolgt werden, wobei die Empfindlichkeit des Patienten nach

Digitized by Google

dem auftretenden Erythem beurteilt wird. Ferner kann mit dem Apparat der für das Erythem und die Pigmentierung bestehende Schwellenwert festgestellt werden, der in S-Einheiten ausgedrückt wird. Es finden sich verschiedene Schwellenwerte für die sprungweise aufeinanderfolgenden 4 Reaktionen des Erythems: leichte, fast unbemerkbare, vorübergehende Rötung, lebhafte, mit Jucken verbundene, von kleienförmiger Schuppung gefolgte Rötung, Auftreten von Bläschen und lamellöser Abschuppung, schließlich große Phlyktänen.

Louste, Lévy-Franckel und Caillau: **Maladie de Fox-Fordyce** (Fox-Fordycesche Krankheit). S. 299. In den Achselhöhlen und Leistenfalten papulöse Knötchen und Lichenifikationen; histologisch sklerotisch-zystische Veränderungen der Schweißdrüsen mit chronisch entzündlichem Zustande des periglandulären Gewebes. Gegenüber den bisher beschriebenen Fällen ist hervorzuheben, daß es sich hier nicht um eine Jüdin handelt.

Louste, Thibaut, Caillau und Berton: **Maladie séborrhéique du visage aboutissant à des lésions végétantes** (Seborrhoische Erkrankung des Gesichts, in wuchernde Läsionen übergehend). S. 302. Bei der 54jähr. Frau zeigten sich der Reihe nach Hypertrophie und Hyperfunktion der Talgdrüsen, Schrumpfung dieser Drüsen, die sich mit einer gelblichen, schmutziggrauen Schmiere bedeckten, Auftreten von Granulationen und Zotten. Die außerdem vorhandene Syphilis hat nichts mit diesen Erscheinungen zu tun, es handelt sich vielmehr um eine seborrhoische Affektion, die sich dem Rhinophyma und dem Adenoma sebaceum nähert, von diesen jedoch durchaus verschieden ist. Charakteristisch ist die Schnelligkeit der Entwicklung und die Bildung der kleinen wuchernden Läsionen.

L. Lortat-Jacob und Th. Brosse: **Tumeur sous-unguéale violacée et douloureuse avec causalgie du membre supérieur (glomus tumoral neuro-myoartériel** (Subunguealer bläulicher, schmerzhafter Tumor mit Schmerzen im Arm [neuro-myoarterieller Glomus-Tumor]). S. 305. Unter einem Fingernagel bläulicher Punkt und kleine Schwellung, starke, anfallsweise auftretende Schmerzen im ganzen Arm. Vor einigen Jahren Abtragen des Nagels und Kauterisation ohne Erfolg. In derartigen Fällen handelt es sich um Geschwülste des neuro-myo-arteriellen Glomus, deren Exstirpation die einzige erfolgversprechende Behandlung der Schmerzen darstellt; sie soll auch hier vorgenommen werden.

Louste, Thibaut, Caillau und René Cohen: **Elephantiasis scrotal et varices lymphatiques, consécutifs au traitement chirurgical d'adénites bacillaires** (Elephantiasis des Skrotums und lymphatische Varizen im Anschluß an eine chirurgische Behandlung tuberkulöser Drüsen). S. 309. Ungefähr 8 Jahre nach einer Inzision und Auskratzung tuberkulöser Leistendrüsen begann Schwellung am Skrotum, dessen Haut zur Zeit stark verdickt, rötlich und bläulich verfärbt ist. Schwellung auch am Glied und am Mons veneris sowie in den Leisten. An diesen Teilen zahlreiche rundliche Erhabenheiten von bläulicher Farbe, aus denen sich beim Anstechen eine gelbliche, seröse Flüssigkeit ergießt. Histologisch Akanthose und Hyperkeratose der Epidermis, im Papillarkörper und der subpapillären Schicht Ektasien der Blut- und Lymphgefäße, deren Wand meist verdickt ist und deren Adventitia mit dem umgebenden sklerotischen Gewebe verschmolzen ist. In der Umgebung der Gefäße mit verdickter, nicht ektatischer Wand noduläre, ausschließlich aus Mononukleären, meist Lymphozyten, zusammengesetzte Infiltrate. Es scheint ein tuberkulöser Prozeß vorzuliegen, und wenn auch die Erkrankung unmittelbar durch den chirurgischen Eingriff hervorgerufen worden ist, so muß doch die Frage aufgeworfen werden, ob diese Elephantiasis nicht durch das Vorliegen einer tuberkulösen Erkrankung mit beeinflußt wurde.

Milian und Clément Launay: **Lupus tuberculeux très amélioré par un érysipèle suivi d'une fièvre typhoide** (Lupus sehr gebessert durch Erysipel und danach aufgetretenem Typhus). S. 313. Mit der Heilung des Typhus wurde eine wesentliche Besserung des Lupus festgestellt: Schwinden des Nässens und der Krusten sowie zahlreicher Knötchen.

Paul Moure: **Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de la langue** (Dauererfolge der chirurgischen Behandlung des Zungenkrebses). S. 314. Bericht über 42 Fälle, von denen 8 bei der Operation gestorben sind; von den genügend weiterbeobachteten Fällen sind 12 an Rezidiven, 2 innerhalb 5 Jahren nach der Operation an anderweitigen Krankheiten gestorben. 9 leben noch 2½—6 Jahre nach der Operation. Die Indikationen und Methoden der Operation werden an der

Digitized by Google

Hand dieser Fälle eingehend geschildert; im ganzen dürfte die chirurgische Behandlung beim Zungenkrebs die Hauptrolle spielen.

Ch. Abadie: **Des méfaits des composés arsenicaux et bismuthiques en thérapie oculaire** (Unzuträglichkeiten der Arsen- und Wismutverbindungen bei Augenerkrankungen). S. 319. Die früher in der Frühperiode der Syphilis häufig beobachteten Iritiden sind infolge der modernen Behandlung selten geworden, dafür treten aber Chorioretinitiden, Optikusatrophien viel häufiger auf, die sich schleichend entwickeln, durch die Arsen- und Wismutbehandlung nicht oder vielmehr sogar ungünstig beeinflußt werden und rapide zu Erblindung führen können. Derartige Erscheinungen treten auch viel frühzeitiger auf, als das in der Zeit der Quecksilberbehandlung der Fall war. Zu erklären ist das dadurch, daß Salvarsan die Spirochäten nicht abtötet, sondern nur morphologisch verändert, in ein unsichtbares, filtrierbares Virum umwandelt, das eine viel größere Affinität für das Nervengewebe besitzt. Die einzige wirksame Behandlung gegen die Chorioretinitiden und Optikusatrophien bilden intravenöse Einspritzungen von Quecksilberzyanür, die aber nicht serienweise, sondern ununterbrochen, unbegrenzt lange verabfolgt werden müssen. Bisweilen tritt dabei leichter Ikterus auf, der aber bei Unterbrechung von einigen Tagen wieder schwindet. Sind intravenöse Einspritzungen nicht ausführbar, so müssen sie durch intramuskuläre ersetzt werden, die durch Zusatz von 0,01 Kokain unempfindlich gemacht werden. Jeder Syphilitiker sollte nach Schwinden der ersten Erscheinungen in Pausen von 4 Monaten 2 Monate lang einer derartigen Behandlung unterworfen werden, wodurch er von üblen Zufällen bewahrt bleiben dürfte.

Georges Barbier: **Stomatite aiguë muco-membraneuse au cours d'un traitement arsénobenzénique** (Akute Stomatitis im Verlaufe einer Salvarsanbehandlung). S. 323. Die Stomatitis trat nach der 5. Einspritzung (0,75) auf, entwickelte sich sehr schnell mit Schmerzen und Fieber, während sonstige Intoxikationserscheinungen fehlten. Wahrscheinlich ist die Stomatitis nicht als toxisch, sondern als biotropisch aufzufassen.

Jean Meyer: **Traitement des kystes du poignet et autres kystes superficiels par électrolyse** (Behandlung der Zysten des Handgelenks und anderer oberflächlicher Zysten mit Elektrolyse). S. 325. Die Synovialzysten des Handgelenks reagieren im allgemeinen sehr schlecht auf verschiedene Behandlungen. Elektrolyse ist von gutem Erfolge begleitet; es ist die Anwendung einer dicken Nadel erforderlich, ferner soll der Strom, vom negativen Pol 3—5 Minuten durchgeleitet und möglichst allmählich, über 10 MA. bis auf 20 MA. gesteigert werden. Danach läßt sich der Inhalt der Zyste leicht durch die Nadel ausdrücken. Der Erfolg ist im allgemeinen günstig, wenn es gelingt, den Strom wenigstens auf 15 MA. zu steigern; ist kein genügender Erfolg erzielt, so kann die Behandlung wiederholt werden.

Louis Bory: **A propos d'un cas de maladie de Paget du mamelon. Opération limitée: récidive intraglandulaire** (Über einen Fall Pagetscher Krankheit der Brustwarze. Begrenzte Operation: Rezidiv in der Drüse). S. 327. Wegen der zunächst geringgradigen oberflächlichen Hauterscheinungen war eine partielle Exzision vorgenommen worden, der jedoch ein in die Tiefe vordringendes Rezidiv folgte, wegen dem dann Totalexstirpation nötig war. Der Verlauf und die histologische Untersuchung führt zu der Anschauung, daß es sich von vornherein um ein Epitheliom handelte (nicht um eine Dyskeratose), und daß der Ursprung der Erkrankung ein äußerer war, sie sich erst sekundär in die Tiefe fortpflanzte.

L. Danel: **Deux cas de volumineux oléomes symétriques des gouttières vertébrales** (Zwei Fälle von umfangreichen symmetrischen Oleomen längs der Wirbelsäule). S. 329. In beiden Fällen waren vor einer längeren Reihe von Jahren Einspritzungen im oberen Abschnitt des Rückens vorgenommen worden.

L. Danel: **Sarcoides sous-cutanées en nappe, développées symétriquement dans les fesses** (Flächenförmige subkutane Sarkoide mit symmetrischer Entwicklung am Gesäß). S. 331. Die gutartigen Geschwülste sind am Gesäß selten lokalisiert und könnten hier mit Oleomen verwechselt werden. In dem beschriebenen Falle ließ die histologische Untersuchung keinen Zweifel über die Natur der Erkrankung.

Dracoulidès und P. Vejirtjis: **Incidents et accidents causés par l'acétylarsan (Observations démonstratives de son affinité pour les nerfs auditif et optique)**, (Nebenerscheinungen der Azetylarsanbehandlung [Seine Affinität zum N. acusticus und opticus]). S. 334. Das sonst in zahlreichen Fällen sehr gut vertragene Medi-

Digitized by Google

kament zeigte in 10 Fällen verschiedenartige Nebenerscheinungen: Abschwächung des Gehörs und Taubheit, Herabsetzung der Sehschärfe, Iritis, nervöse Übererregbarkeit, Depression, Gliederzittern, skarlatiniformes Erythem, Ikterus, Allgemeinerscheinungen verschiedener Art. Ein Neurotropismus des Medikamentes ist danach unbestreitbar, besonders seine Affinität zum Akustikus und Optikus, so daß dieselbe Vorsicht wie bei anderen Verbindungen der Arsenreihe erforderlich ist.

Clément Simon, J. Bralez und J. Demoly: **Essai de traitement de la syphilis par des injections de sels organiques de bismuth solubilisés dans l'huile** (Versuch einer Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen organischer, in Öl löslicher Wismutverbindungen). S. 339. Zur Verwendung kam ein kampherkohlensaures Wismutsalz mit einem Gehalt von 33% Wismut. Die intramuskulären Einspritzungen machen keine besonderen Beschwerden. Die therapeutische Wirksamkeit entspricht der der sonst gebräuchlichen Wismutpräparate, denen gegenüber als Vorteil zu betrachten ist, daß die Resorption und damit die Dosierung eine bessere ist als bei den öligen Suspensionen, andrerseits die schnelle Ausscheidung wäßriger Lösungen fortfällt.

Milian, Clément, Launay und Th. Photinos: **Trychophytides généralisées à la face et au tronc, sécondaires à un kérion du cuir chevelu** (Allgemeines Trichophytid im Gesicht und am Rumpf, sekundär nach einem Kerion des behaarten Kopfes). S. 341. Es fand sich Trichophyton gypseum asteroides.

Lucien Périn: **Deux cas d'aménorrhée au cours de l'hérédo-syphilis** (Zwei Fälle von Amenorrhoe im Verlaufe der kongenitalen Syphilis). S. 341. Bei zwei erwachsenen weiblichen Personen bestand von Beginn der sonst normalen Entwicklung an vollkommener Mangel der Menstruation ohne irgend welche Veränderungen der Genitalien. Die Erscheinungen können nur auf die nachgewiesene kongenitale Syphilis bezogen werden; spezifische Behandlung führte keine Änderung herbei. Es bestehen keine endokrinen Störungen.

H. Jausion und J. Lenègre: **L'association de l'insuline aux lyso-vaccins dans le traitement des staphylococcies** (Die Verbindung des Insulins mit Lysovakzinen bei der Behandlung der Staphylokokkenerkrankungen). S. 345. Zur Verwendung kamen intramuskuläre Einspritzungen eines Gemischs gleichbleibender Mengen Insulins (15 Einheiten) und steigender Mengen von Lyso-Vakzine (¼, ½, 1¼, 1½ ccm).

H. Jausion, A. Pecker und J. Lenègre: **Une nouvelle formule de chimiothérapie antigonococcique: le mélange gonacrine-bleu de méthylène et pyridine** (Chemotherapie der Gonokokkeninfektion: Mischung von Trypaflavin-Methylenblau und Pyridin). S. 352. Die Verff. halten für die wirksamste Tripperbehandlung intravenöse, lange fortgesetzte Trypaflavineinspritzungen in Verbindung mit Vakzine. Eine Verbesserung der Trypaflavineinspritzungen scheint eine Kombination mit Methylenblau und Pyridin darzustellen, womit eine um 50% gesteigerte Wirksamkeit erzielt wird.

Dubreuilh: **Erysipéloide de l'homme et rouget du porc** (Erysipeloid beim Menschen und Schweinerotlauf). S. 359. Die Erscheinungen hatten sich bei einem Schlachter an Exkoriationen angeschlossen, die er sich beim Abhäuten eines an Rotlauf eingegangenen Schweines zugezogen hatte.

Nr. 5. Sitzung vom 10. Mai 1928.

L. Lortat-Jacob und Th. Brosse: **A propos du procès-verbal. Angio-myo-neurome artériel sous-unguéal (glomus tumoral)** (Zum Protokoll. Angio-Myo-Neurom unter dem Nagel [Glomus-Tumor]). S. 362. In dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Falle ist inzwischen die Operation in Form von Abtragung des distalen Nagelendes mit dem daruntersitzenden Tumor vorgenommen worden. Wider Erwarten haben die Schmerzen bisher noch nicht nachgelassen. Die mikroskopische Untersuchung ergab wie vorhergesehen das Bild des Glomus-Tumors (Angio-Myo-Neurom).

Sézary, Gallerand und R. Worms: **Erythème persistant** (Erythema perstans). S. 365. Seit 1½ Jahren bestehender, handflächengroßer roter Fleck in der Interskapulargegend mit unregelmäßiger Begrenzung, erhöhter örtlicher Temperatur, leichter, oberflächlicher, unregelmäßig verteilter Infiltration. Histologisch normale Epidermis, in der Kutis leichte perivaskuläre, aus mononukleären Zellen zusammengesetzte Infiltrate, stellenweise leichte Verdickung der Gefäßwände. Die Diagnose

Digitized by Google

ist auf Erythema perstans zu stellen, das im Hinblick auf gleichzeitig bestehendes Erythema induratum an den Unterschenkeln als erythematöses Tuberkulid aufgefaßt werden könnte. Der histologische Befund spricht allerdings nicht dafür, und Behandlung mit Antigen Nègre und Boquet, die das Erythema induratum wesentlich besserte, führte kaum eine Veränderung der erythematösen Plaque herbei.

Sézary, Gallerand und Worms: **Parakératose pigmentée en taches des régions plantaires** (Fleckförmige pigmentierte Parakeratose der Fußsohlen). S. 367. Seit $2^1/_2$ Monaten haben sich bei einem jungen Mädchen an der Unterfläche des vorderen Abschnittes des Fußes kleine, zerstreute, bräunliche Flecke entwickelt. Über ihnen ist die Hornschicht verdickt, aber nicht induriert, auf stärkeren Druck besteht ziemlich heftiger Schmerz. Im Beginne zeigt sich ein erythematöser Fleck ohne Verdickung der Epidermis, so daß die Hyperkeratose sekundär zu sein scheint. Der Hauptbefund bei der histologischen Untersuchung ist eine Parakeratose. Ätiologie und Nosologie des Falles sind ungeklärt.

Jeanselme, L. Huet und Lotte: **Nouveau type de mycétome à grains noirs, du à une Torula encore non décrite** (Neuer Typus von Myzetoma mit schwarzen Körnern, hervorgerufen durch eine noch nicht beschriebene Torula). S. 369. Bei einer Frau, die früher in Martinique gelebt hatte, entwickelte sich 1 Jahr nach ihrem Fortzuge von dort eine Schwellung am rechten Fußrücken, die eine schwärzlichbraune Masse von elastischer, ziemlich harter Konsistenz mit kleinen, fluktuierenden Erhabenheiten an der Oberfläche darstellt. Außerdem an der Wade eine nußgroße, gummiartige, verschiebliche, rundliche Masse. Aus den fluktuierenden Stellen gewinnt man einen gelblichen Eiter mit stecknadelkopfgroßen schwarzen Körnern, die aus einem Filzwerk von Myzelien und Sporen bestehen. Der Pilz, um den es sich handelt, unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von allen bisher beschriebenen Arten, es wird vorgeschlagen, ihn als Torula Jeanselmei zu bezeichnen. Auffallend ist auch der Sitz der Affektion, da das Mycetoma sonst fast regelmäßig die Fußsohle befällt, ferner die begleitenden subkutanen Gummen.

Hudelo und Rabut: **Nouveaux cas d'érythromélie** (Neue Fälle von Erythromelie). S. 376. Von zwei in den letzten beiden Jahren beobachteten Fällen wird einer, ein 83jähr. Mann, vorgestellt mit zyanotischer, verdünnter Haut an Handrücken und -flächen, längs der Ulna und am Ellbogen, ebenso an den Beinen an den Stellen von Knochenvorsprüngen. Der pathologisch-anatomische Befund besteht in Atrophie der Epidermis mit Hyperkeratose, Infiltration und ausgesprochenem Ödem der Kutis, Neubildung und Dilatation der Blutgefäße mit Wandverdickung, Fragmentation und partieller Atrophie des elastischen Gewebes. Er entspricht also dem der Herxheimerschen Dermatitis chronica atrophicans im Stadium der entzündlichen Infiltration.

Louste, Juster und Mouneyrat: **Un cas d'érythromélie de Pick** (Ein Fall von Erythromelie Pick). S. 378. Bläulichrote Läsionen am Handrücken und der Ulnarseite des Unterarms, an ersterem mit atrophischer Haut, an letzterem mit Infiltration, Hyperkeratose und Hypertrichose. Im Bereiche der Läsionen am Handrücken sympathische Gefäßstörungen. Wahrscheinlich früher Syphilis. Lokalisierte Form der Erythromelie.

Hudelo, Caillau und Chène: **Pseudo-sarcomatose télangiectasique de Kaposi** (Teleangiektatische Pseudosarkomatose Kaposi). S. 380. Der lange Zeit von verschiedenen Seiten beobachtete und verschieden gedeutete Fall begann mit subkutanen, zuerst nur fühlbaren Elementen, die dann mehr an die Oberfläche kamen und für das Auge sichtbar wurden, mit bläulichroter Färbung und deutlicher örtlicher Temperatursteigerung. Hyperkeratose und an Druckstellen Ulzerationen. Durch die histologische Untersuchung wird die Annahme, daß es sich um Pseudosarkomatose handelt, bestätigt: im wesentlichen findet sich eine Angiomatose, dabei unter den neugebildeten Gefäßen solche vom Glomustyp, richtige vaskulo-nervöse Elemente, andrerseits Proliferation Schwannscher Zellen, wonach man das Vorliegen einer Dysembryoplasie und eine Homologie mit der Recklinghausenschen Krankheit annehmen könnte.

Jeanselme, Léon Huet, Horowitz und A. Dupont: **A propos d'un cas de sarcomatose de Kaposi. Etude anatomo-clinique et essai d'inoculation aux gallinacés** (Über einen Fall von Sarkomatose Kaposi. Anatomisch-klinische Studie und Versuch einer Überimpfung auf Hühner). S. 384. Der seit ungefähr einem Jahre erkrankte Pat. zeigt zahlreiche, ihrem Entwicklungszustande nach verschieden aussehende Läsionen, von im Beginne angiomatösem Charakter, dann ausgesprochener

Digitized by Google

Induration der veilchenfarbigen Flächen mit örtlicher Temperatursteigerung, subjektiver Empfindung von Stechen und Brennen. Hervorzuheben zwar geringe, aber unbestreitbare Knochenveränderungen, Drüsenschwellungen an verschiedenen Stellen, deren histologische Untersuchung Beziehungen zur Sarkomatose ergibt. Diese ist im übrigen durch die histologischen Befunde bestätigt. Über das Ergebnis von Versuchen einer Übertragung auf Hühner soll später berichtet werden. Im Anschluß gibt Dupont einen eingehenden Bericht über die pathologisch-anatomische Untersuchung, nach der die von Pautrier und Diss aufgestellte Hypothese, die Kaposische Krankheit sei ein Angioneurom, nicht bestätigt werden kann.

Milian und Cl. Launay: **Ulcérations des orteils par artérite syphilitique, améliorées par le traitement** (Ulzerationen der Zehen infolge von syphilitischer Arteritis, durch die Behandlung gebessert). S. 397. Die fast symetrischen Ulzerationen an beiden großen Zehen waren mit sehr großen Schmerzen verbunden. In der Umgebung zeigten sich Erkrankungen der Intima der kleinsten Gefäße mit teilweiser oder völliger Obliteration. Zeichen von Syphilis. Intravenöse Quecksilberbehandlung bewirkt schnelles Schwinden der Schmerzen, die Geschwüre gehen langsam zurück.

Gougerot, Jean Meyer und Paul Thiroloix: **Erythrokératodermie palmaire congénitale avec porokératose** (Kongenitale Erythrokeratodermia palmaris mit Porokeratosis). S. 399. Die Krankheit begann in den ersten Lebenswochen, es zeigt sich jetzt Rötung und Schuppung der Volarflächen der Hände und der Finger; in der ergriffenen Partie keratotische Plaques in Form von Striae in den Beugefalten und von miliaren Hornkegeln mit zentraler Öffnung, die das Aussehen der Porokeratose haben. Vielleicht handelt es sich hierbei um eine lokalisierte Form der Erythrodermie ichthyosiforme von Brocq.

Jean Meyer und Paul Thiroloix: **Kératodermie en flots des mains et des pieds. Verrues plantaires confluentes probables** (Inselförmige Keratodermie der Hände und der Füße. Wahrscheinlich konfluierende plantare Warzen). S. 400. Der Fall ist bereits in einer früheren Sitzung vorgestellt worden (Bull. 1927, Nr. 8. — Ref. diese Wschr. 1928, Bd. 86, S. 340). Beim schichtweisen Abtragen mit dem Rasiermesser fand man jetzt eine in die Kutis eingebettete, weiße, feste, durch sklerotische Fächer in mehrere Nester geteilte Masse; die Oberfläche zeigte hämorrhagische Punkte wie bei Warzen. Es wird an konfluierende Warzen gedacht, obwohl zu diesen der histologische Befund von Leukozytenhaufen in der Kutis nicht stimmt. Behandlung dementsprechend, mit Besserung der vorher sehr beschränkten Bewegungsfähigkeit.

E. Wallon: **Psoriasis blanchi par une application de radium sur la région splénique** (Besserung einer Psoriasis durch Radiumapplikation auf die Milzgegend). S. 401. Die sehr beträchtliche Besserung der alten Psoriasis zeigte sich auch an Stellen, die fern von der Stelle der Radiumeinwirkung lagen. Es scheint sich dabei um einen sekundär auf die Resorption der durch die Bestrahlungen freigewordenen Albumine folgenden humoralen Choks zu handeln; ein starker Sturz der Blutkörperchen konnte festgestellt werden. Man könnte so eine der Auto-Hämotherapie und Serumtherapie ähnliche Proteinkörpertherapie annehmen, die zu einer Desensibilisierung führte.

E. Wallon: **Lésion angiomateuse du nez consécutive à des érysipèles récidivants** (Angiomatöse Läsion der Nase im Gefolge rezidivierender Erysipele). S. 406. Bis vor 6—7 Jahren in mehrmaliger Wiederholung Gesichtserysipel, nach jedem Anfall stärker hervortretende Hypertrophie der Nase und der angrenzenden Partien. Die befallenen Teile sind verdickt und bläulichrot gefärbt, die Rotfärbung nimmt nach der Peripherie zu ab und geht ohne scharfe Grenzen in die normale Haut über. Auf dem geröteten Grunde dilatierte kleine Venen. Auf Glasdruck transparentes Aussehen, aber keine eigentlichen Lupome. Keine Atrophie, keine Schuppen. Hier sowie auch an anderen Stellen des Gesichtes senile Keratosen, die von der anderen Affektion völlig unabhängig sind. Das histologische Bild spricht für eine tuberkulöse Affektion, doch fehlen tuberkulöse Riesenzellenknoten, so daß man die Affektion unter den Lupus pernio einreihen muß. Zu bemerken ist auch die Entwicklung eines subepithelialen Kapillarnetzes, das einen angiomatösen Anblick gewährt. Der Fall soll mit Radium behandelt werden. Darier würde die Bezeichnung als Boecksches Hautsarkoid mit großen Knoten und Plaques für richtiger halten.

Digitized by Google

Louste und Thibaut: **Traitement du lupus tuberculeux. Résultats comparés des divers procédés: curetage, cautérisations, greffes, exérèse simple** (Behandlung des Lupus. Vergleich der Erfolge der verschiedenen Behandlungsmethoden: Kurettement, Kauterisation, Transplantation, einfache Exstirpation). S. 409. Am empfehlenswertesten ist die einfache chirurgische Exzision, der an günstigen Hautstellen die Vereinigung der Wunde durch die Naht folgen soll. Ist dies nicht möglich, so ist Transplantation nicht sehr zu empfehlen, da sie schlechte kosmetische Resultate gibt; vielmehr soll man die Wunde granulieren und sich überhäuten lassen. Alle anderen Methoden gaben schlechtere Narbenbildungen, die Rezidive sind bei dem empfohlenen Verfahren auch nicht häufiger.

Louste und Thibaut: **Un cas d'acnitis** (Ein Fall von Aknitis). S. 412. Im Gesicht, am Nacken, in der Zervikal-, Klavikular-, Deltoideusgegend verschieden große, kupferfarbene, infiltrierte, brettharte, in der Kutis sitzende Elemente, die z. T. Epidermiserhöhungen ohne Serum oder Eiter tragen. Die Eruption ist eine plötzliche gewesen. Die Knötchen zeigen einen tuberkuloiden Bau, sind nicht eigentlich perifollikulär, sondern eher perivaskulär. Sonstige Zeichen von Tuberkulose sind nachweisbar. Die Behandlung soll trotz des sicher tuberkulösen Charakters der Erkrankung in Wismuteinspritzungen bestehen, die bei diesen Formen sehr gut wirken.

P. Rauvaut: **Auto-dermothérapie par électro-coagulation dans un cas de granulome annulaire** (Autodermotherapie durch Elektrokoagulation in einem Fall von Granuloma annulare). S. 414. In einem Falle von Granuloma annulare wurde durch oberflächliche Elektro-Koagulation einiger Punkte die ganze Affektion zum Schwinden gebracht. Entsprechende Beobachtungen sind auch bei Psoriasis, Lepra, Hauttuberkulose und bei Warzen gemacht worden.

Jeanselme, Léon Huet und Horowitz, **Quatre cas de gommes et ulcérations sporotrichosiques accidentelles, survenues à la suite d'intradermo-réactions** (4 Fälle von sporotrichotischen Gummen und Ulzerationen, im Anschlusse an Intrakutanreaktionen aufgetreten). S. 416. In allen 4 Fällen bestanden seit mehreren Wochen eiternde Inguinalbubonen, die jeder örtlichen Behandlung widerstanden. Bei dem Versuche, durch Intrakutanreaktion eine etwa voraufgegangene Schankerinfektion nachzuweisen, traten örtliche Läsionen auf, die sich als durch Sporotrichon Beurmann hervorgerufen herausstellten. Woher dieses stammte, ließ sich nicht feststellen, da weder für eine Infektion der verwendeten Instrumente noch der Vakzine irgend welche Anhaltspunkte aufzufinden waren.

L. Hufnagel, A. Hufnagel und de Nabias: **Nodosités des bras (huilômes) après injections d'huile camphrée avec métastases aux cuisses** (Knoten an den Armen [Oleome] nach Einspritzungen von Kampheröl mit Metastasen an den Schenkeln). S. 422. Erscheint in der nächsten Nummer.

Clément-Simon, J. Bralez und J. Demoly: **Essai de traitement de la gale par des préparations de sulfures organiques inodores et de benzoate de benzyle** (Versuch einer Behandlung der Krätze mit Präparaten von organischem, geruchlosem Schwefel und benzoesaurem Benzyl). S. 423. Eine Mischung von Monosulfur, Parakresyl und benzoesaurem Benzyl zu je 10% in Öl gelöst gab, an 2 aufeinanderfolgenden Tagen am ganzen Körper eingerieben, mit Seifenbad am 3. Tage gute Erfolge. Das Mittel ist farblos und geruchlos, bewirkt keine oder nur geringe Reizungen.

P. E. Flye-Sainte-Marie: **Chancre syphilitique extragénital à localisation rare. Accident primitif de la plante de pied** (Extragenitaler Syphilisschanker mit seltener Lokalisation. Primäraffekt an der Fußsohle). S. 426. Der Primäraffekt war im Anschlusse an Skarifikationen aufgetreten, die von einem Barbier wegen eines Skorpionstiches an der Fußsohle vorgenommen worden waren.

P. E. Flye-Sainte-Marie: **Chancre syphilitique du pouce. Contagion familiale** (Syphilisschanker am Daumen. Ansteckung in der Familie). S. 427. Primäraffekt am Daumen einer Frau, der sich angeblich im Anschlusse an Stecknadelstich entwickelt haben sollte. Nachträglich werden bei dem 16 Monate alten Kinde zahlreiche Plaques an der Mund- und Vulvaschleimhaut festgestellt, sowie eine inzwischen geheilte Wunde am Kinn, die den Primäraffekt dargestellt hatte. Wahrscheinlich war das Kind von einem Dienstboten angesteckt worden und hatte dann die Krankheit auf die Mutter übertragen.

Digitized by Google

Louste und Juster: **A propos de l'action trichogène des rayons ultra-violets** (Zur haarwuchsbefördernden Wirkung der ultravioletten Strahlen). S. 428. Aus den Beobachtungen einiger Fälle geht zwingend hervor, daß an den der Wirkung der ultravioletten Strahlen ausgesetzten Stellen ein verstärktes Haarwachstum auftrat. In manchen Fällen von Alopecia areata werden durch allgemeine Bestrahlungen günstige Wirkungen auf den Regenerationsprozeß der Haare ausgeübt.

Ch. Audry und Viev: **Action du vaccin chancrelleux (Dmelcos) sur une lèpre tuberculeuse** (Wirkung der Schankervakzine [Dmelcos] auf eine Knotenlepra). S. 430. Der therapeutische Einfluß war ein beträchtlicher, wenn auch von Heilung keine Rede sein kann. Nach jeder intravenösen Einspritzung trat eine starke Kongestion der Effloreszenzen im Gesicht auf, verbunden mit einer an säurefesten Bazillen reichen, sero-krustösen Exsudation.

Ch. Audry: **Sur un cas de mycosis fongoide à tumeur d'emblée opéré et resté guéri depuis près de 4 années** (Über einen operierten und seit fast 4 Jahren geheilt gebliebenen Fall von Mycosis fungoides mit Tumeur d'emblée). S. 432. Ein solitärer Tumor kann gewissermaßen einen Primärschanker darstellen; in einem Falle, in dem eine Exstirpation stattgefunden hatte, sind nach nunmehr fast 4 Jahren keine weiteren Erscheinungen aufgetreten.

Ch. Audry: **Syphilis cutanée en évolution chez un hérédo-syphilitique de 63 ans** (Floride Syphiliserscheinungen an der Haut bei einem kongenital Syphilitischen von 63 Jahren). S. 433. Alte diffuse Osteo-Periostitis an der linken Tibia, am unteren Drittel der Vorderfläche rundlicher Substanzverlust, in dem sich ein großer Sequester befindet. Von unterhalb des Knies bis zum Schenkel ulzerierter, 3—4 cm breiter Streifen, wenig vertieft, zirzinär, schmerzlos. WR +. Schnelle Heilung unter spezifischer Behandlung.

André Léri und J. A. Lièvre: **Naevo-carcinome avec mélanodermie diffuse** (Naevo-Karzinom mit diffuser Melanodermie). S. 433. Erscheint in der nächsten Nummer.

E. Levin-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes

1928, Jahrg. 23, Nr. 5

Sur quelques particularités morphologiques du syphilome primaire de certaines localisations (Dimensions exagérées et prolifération locale). Essai d'interprétation pathogénique (Einige morphologische Eigentümlichkeiten des syphilitischen Primäraffekts bei bestimmter Lokalisation [außergewöhnliche Größe und lokale Proliferation]. Versuch einer Deutung ihrer Entstehungsweise), von S. Nicolau-Bukarest. S. 321. Drei Beobachtungen perigenitaler syphilitischer Schanker von außergewöhnlich großer Ausdehnung, bei denen sich rings um das Ulkus eine Aussaat papulöser Gebilde von Linsen- oder Maiskorngröße gebildet hatte. Der Schanker saß einmal in der linken Inguinalgegend und in 2 Fällen in der Regio suprapubica. Die Maße betrugen 7 : 3 cm, 4 : 3 cm in den beiden ersten Fällen, während der letzte normal groß war. Verf. glaubt, daß für die anormale Ausbreitung des Ulkus einmal maßgebend ist der Ort und dann die Beziehung der Spirochätenausbreitung zum jeweiligen allergischen Zustand der Haut.

Troisième chancre syphilitique de réinfection. Contribution à l'étude de la réinfection (Dreimaliger luetischer Schanker durch Reinfektion. Beitrag zum Studium der Reinfektion), von E. Orphanidès-Konstantinopel. S. 332. 64jähr. Kranker mit dreimaligem, einwandfrei beobachtetem Primäraffekt trotz durchaus ungenügender Behandlung. Zur Erklärung dieses außergewöhnlichen Falles von Reinfektion muß man, falls man nicht annehmen will, daß manche Fälle von Syphilis spontan heilen, vielleicht die Lehre korrigieren, daß Reinfektion gleichbedeutend ist mit absoluter Heilung der vorangegangenen Syphilis.

Note sur les méthodes à ne pas employer en prophylaxie sociale antivénérienne (Bemerkung über die Unterlassung jeder sozialen Prophylaxe gegen die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten), von R. Barthélemy. S. 336. Verf. hält die jetzt in Frankreich bestehende, nicht reglementierte und infolgedessen sich hemmungslos ausdehnende Prostitution für außerordentlich gefährlich für Gesellschaft und Familie.

Contribution à la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre difficiles et rebelles (Beitrag zur Therapie der schwierigen und hartnäckigen Strikturen der

Digitized by Google

Urethra), von M. Sorrentino-Neapel. S. 342. Für diejenigen Harnröhrenstrikturen, bei denen die Dilatation nicht zum Ziele führt und bei denen sonst die Urethrotomia interna gemacht werden müßte, empfiehlt Verf. eine Kombination von Dilatation und Diathermie. Er geht dabei so vor, daß er die Urethra so weit erweitert, daß eine Sonde Nr. 16 Charrière die Striktur passiert, und dann beginnt er mit der Diathermie, die etwa 4- bis 5mal wiederholt wird. Die einzelne Sitzung dauert 20—30 Minuten, die angewandte Temperatur beträgt 45°. Das mit diesem Verfahren erzielte Resultat ist bedeutend dauerhafter als das nach Dilatation oder Urethrotomie.

La blennorragie des „bougres" (Die Gonorrhoe der Homosexuellen), von Belgodère. S. 346. Es scheint, als ob der Gonokokkus bei manchen Individuen gleichsam als Saprophyt vorhanden ist (in der Vagina, im Rektum, in der Achselhöhle!), ohne irgend welche Erscheinungen zu machen. So finden wir nicht selten bei exakter bakteriologischer Untersuchung den Gonokokkus im Rektum der Homosexuellen, ohne daß er dort irgend welche klinischen Symptome erzeugt, während er auf die Urethra des Partners übertragen, dort eine typische Urethritis gonococcica hervorruft. F. Landauer-Berlin.

Il Dermosifilografo

1928, Bd. 3, H. 1

Über die sogenannte Hydrophilieprobe der Haut (Sulla cosiddetta prova della idrofilia cutanea), von P. A. Meineri-Turin. Die im Jahre 1923 von den Amerikanern Aldrich und Mc Clure mitgeteilten Erfahrungen über die Absorptionsfähigkeit der gesunden und ödematösen Haut wurden vom Verf. einer Nachprüfung unterzogen, aus der sich die Haltlosigkeit der von jenen gemachten Schlußfolgerungen ergab. Durch subkutane Injektion von $^1/_{10}$ ccm physiol. Kochsalzlösung unter die Hautoberfläche wird eine quaddelförmige Erhebung verursacht. Verf. stellte fest, daß es in der mittels der Injektion in einen Reizzustand versetzten gesunden Haut zu einer lokalen Vermehrung der Lymphe und zu einer zytologischen Reaktion kommt, während in der ödematösen Haut fast gar keine Zustandsänderungen wahrnehmbar sind. Der histologische Befund ähnelte sehr der durch andere Ursachen bedingten Quaddel: interfibrilläres Ödem, das zu einer Trennung der Bindegewebsbündel führt; die elastischen Fasern sind gedehnt und nicht gut färbbar; die Blutgefäße sind rings um diese ödematöse Zone stark erweitert, vollgepfropft mit Leukozyten und von einer ziemlich starken Infiltrationsschicht umgeben (zum größten Teile aus polynukleären Neutrophilen bestehend), welch letztere bis zum subpapillären Stratum reicht.

Rezidivierende erythemartige pemphigoide Arzneidermatitis (Phenolphthalein?) (Dermatite eritemato-pemfigoide recidivante di origine medicamentosa (Fenolftaleina?), von P. Stancanelli-Catania. 32jähr. Frau; leidet zeitweilig an Hyperazidität und Stuhlverstopfung, macht öfters Gebrauch von Abführmitteln. Im Laufe von 2 Jahren kam es zum plötzlichen Ausbruch bzw. zum spontanen Verschwinden eines bullösen Ausschlages. Im Jahre 1925 erneuerte sich dieses Leiden mit besonderer Intensität. WR: negativ. Urin: Urate und reichlichst Indikan. Befund: in der l. Leistengegend 3 etwa hühnereigroße Blasen serös-eitrigen Inhalts. An ihren Rändern zahlreiche kleinere. Die Haut ist hier in einer Breite von 1 cm geschwollen, rosa bis purpurrot verfärbt. Die Rötung blaßt auf Fingerdruck ein wenig ab und läßt hierbei linsengroße bräunliche Punkte und einzelne vitiligoähnliche Flecke erkennen. Auf dem Grunde der Blasen findet man winzig kleine, gelbliche Gewebsfetzen, welche leicht abhebbar sind, zahlreiche punktförmige, wellenartige Einbuchtungen bedeckend. In der Schambeingegend, am r. Handballen, auf der Dorsalseite der l. Phalanx des kleinen Fingers je eine große impetigoähnliche, auf infiltrierter hyperämischer Basis sitzende Pustel. In der Schulterblattgegend ist die Haut purpurrot und geschwollen. Ebenso ist das äußere Genitale stark gerötet mit zahlreichen eitrig belegten Erosionen; an einigen Stellen ist noch Bläschenbildung nachweisbar. Ätiologie: Phenolphthaleinhaltige Abführbonbons. Interessant ist, daß auch bei den Kindern der Pat. eine Idiosynkrasie gegen Phenolphthalein bestand.

Symmetrische, durch Staphylokokken bedingte, Hautgangrän (Gangrena cutanea simmetrica di natura stafilococcica), von G. Manganotti-Florenz. 54jähr.

Digitized by Google

Bauer mit spezifischer Affektion der r. Lunge. Im mittleren Drittel der Oberschenkel beiderseits symmetrisch gelagerte ovale, ungefähr 20 cm breite Ulzerationen, die nach Angabe des Pat. sich innerhalb 20 Tagen mit Pustelbildung entwickelt hatten (und zwar zuerst am l. Oberschenkel). Im Zentrum der Ulzeration befand sich eine aus kleinen Granulationen und kleinsten Hautinseln bedeckte, von nekrotischem Gewebe umgebene Stelle. Das Gewebe ist hier in einer Ausdehnung von 3—6 cm gelblich verfärbt, verfallen und eitrig belegt. Die die Ulzeration umgebende Haut ist leicht bläulich verfärbt, etwas verdickt und auf der Unterlage fest aufsitzend. WR negativ, Hecht negativ, Meinicke negativ. Im Sputum Bac. Koch positiv. Es wurde versucht, die ulzerierten Stellen mittels Thermokauter gegen das noch gesunde Gewebe abzugrenzen, allein der nekrotisierende Prozeß machte trotzdem weitere Fortschritte. Das histologische Bild zeigte diffuse dermoepidermale Nekrose mit Anhäufung von Bakterien; an einigen Stellen sind vereinzelte, durch mesenchymale Reaktion bedingte Infiltrationen nachweisbar, welche speziell von polynukleären und kleinen Wanderzellen gebildet sind. Hyaline Entartung des bindegewebigen Anteils und Verminderung der elastischen Fasern. Besonders in die Augen springend ist der infiltrative Prozeß gegen die Peripherie zu. Die bakteriologische Untersuchung (Kulturen) ergab: Staphylococcus albus. — Exitus. — Verf. nimmt den kachektischen, durch Tbc. bedingten Zustand des Pat. als Ursache des ungünstigen Ausganges an.

Ausschließlich in einem Seitenkanälchen der Raphe des Penis lokalisierte gonorrhoische Infektion (Infezione gonococcica esclusivamente localizzata in un canalino accessorio del rafe della verga), von A. Ginella-Genua. 14 Tage nach dem Koitus bildete sich bei dem 24jähr. Pat. an der Urethralseite des Penis eine diffuse Rötung mit leichtem Ödem des Präputiums sowie ein etwa 2 cm langer, in der Mittellinie gelegener Strang, der vom Frenulum ausging und eben da einen winzigen, mit Eitertröpfchen bedeckten Ausführungsgang hatte. Aus der Harnröhre entleerte sich klarer Urin. Gonokokkennachweis im Eiter. Th.: Spaltung des Eiterganges; Desinfektion mit Jod bzw. Protargol. Die Harnröhre blieb von der Infektion verschont. Heilung.

Dorsale Lymphangitis des Penis und gonorrhoischer Abszeß (Linfangioite dorsale del pene ed ascesso gonococcico), von A. Pozzo-Udine. Polemik gegen Ronchese. Mehrere klinische Beobachtungen.

1928, Bd. 3, H. 2

Über einen Fall von Keratosis spinulosa bei einem Infantilen (Sopra un caso di „cheratosa spinulosa" in soggetto con infantilismo), von C. Mazzanti-Florenz. Fall von typischer Keratosis spinulosa mit neuroendokrinen Störungen psychischer Natur, geistiger Minderwertigkeit, mit somatischer Unterentwicklung und Hypoplasie des Genitales. Verf. bespricht anläßlich des äußerst detailliert behandelten Falles die mögliche Pathogenese, wobei er insbesondere auch die endokrinen Störungen ins Auge faßt.

Über das flüssige Neojakol in der Therapie der Syphilis (Il Neojacol liquido nella terapia della sifilide), von A. Marras-Cagliari. Empfehlung des vom Mailänder Serotherapeutischen Institut in den Handel gebrachten Arsenobenzolpräparates Neojacol, das sowohl intravenös als auch intramuskulär sich bei Abortivkuren und bei Spätformen der Syphilis glänzend bewährte.

Beitrag zur serologischen Untersuchung der Syphilis mittels des Photometers Vernes. Vorläufige Mitteilung (Contributio all' indagine sierologica della sifilide col fotometro di Vernes), von S. Rizzi, C. Mazzolari und E. Morandi-Cremona. Die Verff. fassen ihre diesbezüglichen Erfahrungen kurz folgendermaßen zusammen: Sie konnten eine überraschende Übereinstimmung der mittels WR bzw. mittels des Photometers von Vernes-Bricq-Yvon erzielten Resultate feststellen.

Über einen mittels Vakzinetherapie behandelten und geheilten Fall von gonorrhoischer Lymphangitis (Un caso di linfangioite gonococcica curata e guarita colla vaccinoterapia), von Ch. Scudero-Palermo. Bezugnehmend auf die von Ronchese im Dermos., 1927, H. 4 veröffentlichte Beobachtung bespricht Verf. kurz einen von ihm mittels Vakzinetherapie geheilten Tripperfall, wobei es auch zu einer Lymphangitis an der Dorsalseite des Penis gekommen war. Verf. bediente sich des Vakzins „Gonolimas".

Digitized by Google

1928, Bd. 3, H. 3

Ovarielle Dysfunktion und Dermatose. Fall von symmetrischer Dermatosis dysovarica (Disfunzione ovarica e dermatosi. Un caso di dermatosi simmetrica disovarica), von A. V. Ferrari-Turin. 36jähr. Frau; starke Trinkerin. Plötzliches Aussetzen der Menses. Auftreten eines erythemartigen, an beiden Unterarmen symmetrisch sich verbreitenden Ausschlages. Ein ähnliches Erythem zeigte sich „halskettenähnlich" angeordnet am unteren Drittel des Halses. Nach dem Auftreten des Erythems bildet sich eine ödematöse Anschwellung der betreffenden Hautpartien. Ohne daß es zu eigentlicher Blasenbildung gekommen wäre, nekrotisieren in einigen Tagen die erythematös bzw. ödematös veränderten Gebiete und die Epidermis wird in Fetzen abgestoßen. Identische Vorgänge spielten sich auf den Fußrücken ab; die pharmakodynamische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Vagotonie. Die von der Hautaffektion betroffenen Gebiete entsprechen dem 5., 7. und 8. Zervikal bzw. dem 2. Lumbalsegment. Entgegen der Ansicht von Matzenauer und Polland neigt Verf. eher zu der seinerzeit von Kreibich geäußerten Auffassung, daß es sich bei diesen Dermatosen um zentral bedingte Störungen handeln dürfte. Nach Behandlung mit Eierstockpräparaten kam es zur Ausheilung der Dermatose und zum Wiederauftreten der Menstruation.

Über die intradermale Vakzinetherapie des weichen Schankers und seiner Komplikationen (Sulla intradermovaccinoterapia dell' ulcera s. c. e complicante), von E. Tarantelli-Rom. Die intradermale Vakzinetherapie mit dem Vakzin „Dmelcos" zeigte sich in unkomplizierten Fällen als nützlich; doch ist es ratsam, um die Wirkung des Vakzins zu unterstützen, auch gleichzeitig eine entsprechende antiseptische Lokalbehandlung anzuwenden.

1928, Bd. 3, H. 4

Die ersten Untersuchungen über die „Ballungsreaktion" bei der Syphilis (Prime ricerche sulla „Ballungsreaktion" della sifilide), von T. Venturi-Florenz. Verf. hat die von R. Müller-Wien angegebene Scheringsche Ballungsreaktion einer Nachprüfung unterzogen, wobei er feststellen konnte, daß dieselbe bei weitem empfindlicher ist als die WR, Hecht- sowie MT-Reaktion, was andererseits den Nachteil der höheren Unspezifizität der Reaktion mit sich bringt; so z. B. war sie positiv in 2% der Fälle von Uteruskarzinom.

Über die angenommene entgiftende Wirkung des menschlichen Serums auf Arsenobenzolpräparate (Sulla supposta azione disintossicante del siero umano sugli arsenobenzoli), von L. Mazzini-Sampierdarena (Genua). Ungünstige Erfahrungen bei 4 Kranken, die mit in Eigenserum gelöstem Salvarsan behandelt wurden.

Über die sogenannten „Kugelkerne" im Urethralsekret (Sui cosiddetti „Kugelkerne" nel secreto uretrale), von L. Vercellino-Turin. Verf. schließt sich der von Neuberger geäußerten Ansicht an, daß die Kugelkerne speziell dann zahlreich nachweisbar sind, wenn es zu einer Sekretstauung gekommen ist. Vom praktischen Standpunkt zieht Verf. auf Grund seiner an 129 Fällen vorgenommenen diesbezüglichen Untersuchungen folgenden Schluß: Die Anwesenheit von zahlreichen Mengen von Kugelkernen im gonokokkenfreien Urethralsekret deutet darauf hin, daß entweder die Gonokokken vollständig verschwunden sind und die Sekretion daher durch andere Ursachen bedingt sei, oder daß es sich um eine Urethritis handelt, die absolut keinen ätiologischen Nexus mit Gonokokken hat.

Über die therapeutische Wirksamkeit des „Neoreargon" auf die gonorrhoische Harnröhrenentzündung (Sull' azione terapeutica del „Neoreargon" nell' uretrite blenorragica), von A. Marcozzi-Pisa. Erfahrungen an 25 Fällen ergaben: 1. Das Neoreargon sistiert zwar schnell die Sekretion, aber beim Aussetzen der Behandlung kommt es ebensoschnell zu Rezidiven. 2. Die Behandlung verhindert nicht die Komplikationen. 3. Es ist nicht wirksamer als die bisher bekannten Silberpräparate.

Die Goldpräparate bei Lupus vulgaris und erythematodes (I preparati d'oro nel lupus volgare e eritematoso), von E. Cortella-Perugia. Verf. bringt im allgemeinen nichts Neues. Lupus vulgaris reagiert weniger gut auf Goldpräparate als der Lupus erythematodes.

Über Störungen in der Sexualsphäre während der Wismutkur (A proposito di alterazioni della sfera sessuale durante le cure bismutiche), von F. Ronchese-Treviso. Verf. verwirft die von Cayrol aufgestellte Behauptung, daß Bi-Kuren eine

Digitized by Google

gewisse sexuelle Frigidität bzw. teilweise Impotenz zu provozieren pflegen. Er glaubt vielmehr, daß bei den sogenannten „Intellektuellen" ein psychisches Moment mitspielt, da sich dieselben über die eventuelle Tragweite der luetischen Infektion bzw. Kur eher bewußt sind, als die meisten anderen Patienten. Auch die im allgemeinen depressive Wirkung der Bi-Präparate mag hierbei eine Rolle spielen.

1928, Bd. 3, H. 5

Chemotherapeutische Versuche bei der gonorrhoischen Infektion (Tentativi chemioterapici della infezione gonococcica), von G. Jaja-Bari. Die vom Verf. an ungefähr 300 Kranken gemachten chemotherapeutischen Versuche, wobei er sich endovenöser Injektion von Metallen (Silber, Gold, Platin, Palladium usw.), ferner einer 25—50%igen Traubenzuckerlösung, dann der Akridinderivate Argochrom und Argoflavin bediente, schlugen fehl. Ebenso hatte der Versuch, einige chemische Substanzen kombiniert miteinander zu geben, z. B. Tannin und Trypaflavin bzw. die endovenöse Behandlung mit einer lokalen zu verbinden, keinen Erfolg.

Beitrag zur Vakzinationsbehandlung einiger Hautkrankheiten nach der Methode von Besredka (Contributo alla vaccinazione secondo i metodi di Besredka nella terapia di alcune affezioni cutanee), von N. Declich und M. Ciani-Florenz. Bei einigen Impetigo- bzw. Furunkelkranken wurde die obige Methode mit ziemlich günstigen Resultaten angewendet; es soll hierbei zur prompten Abgrenzung des Krankheitsherdes gegen das gesunde Gewebe und zu raschem Abheilen des Hautprozesses kommen. Nicht ausgeschlossen ist eventuell eine toxische Reizerscheinung (speziell bei jugendlichen Individuen), welchen Vorkommnissen dadurch vorgebeugt werden kann, daß man die normalerweise angewendete Bakterienemulsion auf das 4—5fache verdünnt.

Ekzem bei einem Diabetiker (Eczema in sogetto diabetico), von F. Narducci-Perugia. Ausführliche Beschreibung und Besprechung eines bei einem 51jähr. Diabetiker seit 4 Jahren bestehenden Ekzems, das durch eine Insulinkur unter leichter Pigmentation vollständig geheilt wurde. B. Coglievina-Triest.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1928, Bd. 69, H. 2

Beobachtungen an einer besonderen Form von Tuberkulid bei einem Basedowkranken (Osservazioni sopra una singolare forma di tuberculide in soggetto basedoviano), von G. Bertaccini, Derm. Universitätsklinik Perugia. S. 161. 39jähr. Frau. In der Familie Tuberkulose. Vor 4 Jahren Entwicklung eines Basedow. 6 Monate später Beginn des Hautleidens an einem Arme, das allmählich fast den ganzen Körper befiel: kleine rote Flecken, leicht erhaben. Langsames Wachsen. Jetzt Hunderte von Flecken. Die Größe schwankt von der einer Linse bis zu der eines Talers. Scharf gegen die Umgebung sich abhebender, erhabener, rötlicher Rand bei den größeren Effloreszenzen. Innerhalb desselben ein eingesunkener, krusten- oder schuppenbedeckter Ring. Hier gelegentlich, besonders aber vor den Menses Ulzerationen; Rückgang dieser in der Periode. Das Zentrum dunkel, glatt, eingesunken, aber tief infiltriert und immer noch höher gelegen als die gesunde Haut. Kein Fleck ist abgeheilt. Histologisch: typische tuberkuloide Struktur. Den Depressionsstellen entsprechen Nekrosen. Tuberkelbazillen konnten mit keiner Methode gefunden werden. Impfungen negativ. Auf Tuberkulin (hum.) starke Kutireaktion mit Umwandlung des Infiltrates in die Morphen des Ausschlages. Röntgenbestrahlung der Schilddrüse hob zunächst die ulzerösen Umwandlungen vor der Periode auf und leitete dann eine Rückbildung der Effloreszenzen ein. Die Tuberkulinreaktion mißlingt jetzt. Also: Durch Thyreoideabestrahlung eine Verringerung der Hautallergie. Verf. hält das Leiden für ein Tuberkulid, das dem Boeckschen Sarkoid nahesteht, sich von ihm aber durch die geschwürigen Umwandlungen unterscheidet (Abb.). Bemerkung des Referenten: Ich habe einen ganz gleichen Fall vor ½ Jahre mehrere Monate hindurch beobachtet. Mann Mitte 30er. Entwicklung, Form des Ausschlages und Umwandlung in Geschwüre wie oben. Aber auch Rückbildung in hyperämische Flecken. Habitus phthisicus. Moro: +. Therapie ergebnislos. Geringe Besserung auf Kollargol endovenös; aber der Kranke blieb dann weg; daher auch keine Exzision zu mikroskopischen Zwecken.

Digitized by Google

Beitrag zum Studium der Akanthosis nigricans (Contributo allo studio dell' Acanthosis nigricans), von M. Artom-Novara. 1. Fall: 63jähr. Landmann. Beginn des Leidens mit 48 Jahren im Anschluß an eine Verbrennung an anderer Stelle. 1926 wurde die Abwesenheit freier Salzsäure im Magensaft festgestellt, im Entheberten und in den Fäzes gelegentlich Blut. Erst Juli 1927 erheblichere Magenbeschwerden und rasche Abmagerung. Im Oktober Tod. Bei der Obduktion: Magenkarzinom. 2. Fall: 31jähr. Frau. Beginn des Leidens mit dem 10. Lebensjahr. Fehlen der freien Salzsäure, aber kein anderes Krankheitszeichen, sogar beträchtliche Gewichtszunahme während der Beobachtung. Den ersten Fall rechnet Artom zu der symptomatischen Form Bonnets, obwohl doch das Karzinom sicher erst viele Jahre nach der Dermatose aufgetreten ist, den zweiten zu der juvenilen Dariers (gutartigen Bogrows). Hier waren, wie meist bei dieser Form, nur die bekanntesten Prädilektionsstellen befallen und fanden sich wieder die Papillome in den Warzenhöfen. In beiden Fällen waren durch anthropobiometrische Methoden nachweisbare Störungen der Entwicklung gegeben. Verf. denkt daher, daß diese Störungen einerseits die Prädisposition für die Bluterkrankung und andererseits für die Krebsbildung liefern (Abbildungen).

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Schweißdrüsen (Contributo all' anatomia patologica delle ghiandole sudoripare), von G. Manganotti, Derm. Universitätsklinik Florenz. S. 212. Material: 113 Personen. Schweißdrüsenveränderungen können Epithel und Bindegewebe betreffen. Epithelveränderungen: Degenerative und Ektasien. Degenerative bei akuten Krankheiten und terminalen „Exazerbationen". Hier auch häufig Ektasien bei gut erhaltenem und funktionierendem Epithel (Ektasie durch Überleistung); andererseits Ektasien mit Degeneration des Epithels. Das Bindegewebe kann gleichzeitig in verschiedener Weise beteiligt sein. Bei greisen Personen auch blasenförmige Ektasien mit abgeplatteten, funktionsuntüchtigen Epithelien (Grund?). Die Prozesse im Bindegewebe können gewöhnlich entzündliche sein und Epithelveränderungen begleiten, Infiltration bis Sklerose. Ursache: Schädliche Stoffe treffen das Bindegewebe mit oder ohne gleichzeitige Mitbeteiligung des Epithels, oder die Zersetzungsstoffe der zerstörten Epithelien und die Ektasien verletzen das Bindegewebe, oder es sind ursprüngliche Gefäßveränderungen im Spiele. Veränderungen des Mesenchyms finden sich bei subakuten wie chronischen Prozessen, bei Erwachsenen und mehr noch bei Alten und sind an keine Krankheitsform gebunden. Aus den zahlreichen Untersuchungen bei Nierenerkrankungen geht hervor, daß sie sich hier ganz unregelmäßig finden und nicht finden, und daß auch bezüglich eines Zusammenhanges von Blutaffektion und Schwere oder Art oder Dauer des Nierenleidens sich kein Gesetz aufstellen läßt. Gelegentliche beträchtliche Vermehrung des die Drüsen umgebenden elastischen Gewebes hat keinen Zusammenhang mit einer besonderen Krankheit und den Veränderungen im Bindegewebe und den elastischen Netzen der übrigen Haut. Ein gewisser Zusammenhang mit kleinen Gefäßveränderungen bei Arteriosklerotischen und Syphilitikern scheint gegeben zu sein. Es handelt sich nach Artom um die Folge einer Störung der physikalisch-chemischen Umwelt der Drüsen. Besondere Veränderungen an den Arrectores und den Ausführungsgängen konnten nicht beobachtet werden. Die Schweißdrüsen der Achsel, die durch Nierenprozesse nur wenig und langsam beeinflußt werden, reagieren in ziemlich einförmiger Weise auf Krankheiten verschiedenster Art, wie Infektionen, Neoplasmen und Vergiftungen mit den Salzen von Schwermetallen. Sie finden sich fast immer verändert bei akuten toxischen und infektiösen Prozessen; Ausdruck: akute Erscheinungen an den Epithelien. Die chronischen Reaktionen des Zwischengewebes auf andere Erkrankungen anderer Organe sind dagegen inkonstanter (Abbildungen).

Untersuchungen über die Empfindlichkeit der Haut in 2 Fällen von Dermatitis durch Arsenobenzole (Ricerche sulla reattività della cute in due casi di dermatite da arsenobenzoli), von L. Nardelli-Trient. S. 270. Abweichungen vom Typus der pharmakodynamischen Reaktionen. Der Dermatitis folgt eine negative Phase. Dieser schließt sich mit wechselndem Abstand eine positive an. Diese Art zu reagieren ist charakteristisch für die Arsenobenzole und fehlt bei anderen Arsenverbindungen.

Über einen durch Arsenobenzol veranlaßten generalisierten Fall von Dermatitis exfoliativa (Di un caso di dermatite esfoliativa generalizzata arsenobenzolica), von G. Nardi. S. 279. An dem Fall ist nichts Neues. Denn daß bei schon bestehen-

Digitized by Google

dem Salvarsanexanthem trotzdem nochmals Salvarsan eingespritzt wurde, daß sich dann ein erythematopapulöses Exanthem in ein schweres desquamierendes umgewandelt und der Kranke dann doch wohl gestorben ist, kann nicht als einziger Fall in der Geschichte ärztlicher Fahrlässigkeit und Salvarsanintoxikation betrachtet werden.

Beitrag zum Studium der Lepra in der Provinz Triest (Contributo allo studio della lebbra in provincia di Trieste), von I. Levi. S. 292. Der Titel der Arbeit ist etwas anspruchsvoll gewählt, nachdem aus derselben hervorgeht, daß die im Bezirke von Triest in Jahren beobachteten spärlichen Leprafälle eingeschleppt waren. Mehr Interesse verdient nur der Fall eines seit 1919 dauernd in Triest wohnenden Leprakranken aus Korfu, der wie die nicht wenigen Leprafälle anderer italienischer Gegenden wieder einmal jahrelang verkannt worden ist. (Bis 1926 Behandlung wegen „Syringomyelie".) In seinen Lepromen fehlen die Leprabazillen und die Infiltrationen gleichen der bei Boecks Sarkoid. Röntgenologisch: Zerstörungen an den distalen Enden der Metatarsalknochen und eine bedeutende Verschmächtigung des Mittelstückes, während die proximalen Epiphysen und die Phalangen unverändert waren. In den langen Jahren scheint der Kranke das Leiden nicht auf seine Hausgenossen übertragen zu haben (Abbildungen). A. v. Notthafft-München.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia

1927, Bd. 2, H. 3

Der biologische Nachweis der Gonokokkeninfektion. a) Komplementablenkung, b) Agglutinine; c) Cutis- und intradermale Reaktion (Le prove biologiche nella infezione gonococcica. a) Deviazione del complemento, b) Agglutinine, c) Cutireazione e intradermoreazione), von G. Lanteri-Catania. Unter den vom Verf. an 75 sicher mit Gonokokken und an 25 nicht mit Gonokokken Infizierten vorgenommenen Reaktionen hat sich am besten die Komplementablenkung bewährt, und zwar in 78,66% der Fälle. In 55 Fällen von chronischer Blennorrhoe, bei welchen die mikroskopische Untersuchung (Gram) negativ ausfiel, konnte Verf., nach Provokation mittels Silbernitratlösung, eine positive Serumreaktion erzielen (obwohl der Gonokokkennachweis auch jetzt negativ ausgefallen war).

Einige Bemerkungen über die Pathogenese und Behandlung der Balanoposthitis (Alcune considerazioni intorno all' etiopatogenesi e cura della balanopostite). von G. Cirillo-Neapel. Die vom Verf. an 20 Kranken gemachten bakteriologischen Beobachtungen bestätigen vollauf die Hypothese, daß die Balanoposthitis erzeugenden Keime durch den Speichel auf das Genitale übertragen werden. Verf. konnte bei seinen diesbezüglichen Untersuchungen folgende Keime feststellen: B. fusiformis, Spirillum nigrum, Spirochaeta buccalis; außerdem bei 5 Fällen auch koliähnliche Keime. Als Therapie bewährte sich glänzend die lokale Anwendung von Neosalvarsan in Pulverform. Es kam rasch zur Abheilung, ohne daß ein chirurgischer Eingriff nötig gewesen wäre.

Über einige künstlich erzeugte und über selten zu beobachtende Hautveränderungen (Su alcune alterazioni cutanee artificiali e altre di rara osservazione). von E. Freund-Triest. Für den Praktiker wichtige Zusammenstellung von diagnostisch interessanten und lehrreichen Fällen eigener Beobachtung. 1. Verf. bespricht als ersten die von ihm im Jahre 1916 (in der „Derm. W.") beschriebene, eigentümliche Pigmentation der Haut, für die Verf. anfänglich keine ätiologische Erklärung finden konnte, bis er sie schließlich als durch 3 Faktoren bedingt nachwies, und zwar: die im Kölnischen Wasser enthaltenen ätherischen Öle (besonders Bergamottöl), Meerbäder und die Sonnenstrahlen. Es gelang dem Verf. auch der experimentelle Nachweis, daß tatsächlich durch Kölnisches Wasser bzw. durch das darin enthaltene Bergamottöl unter Einwirkung der Sonnenstrahlen Hautpigmentationen hervorgerufen werden, die später bekanntlich als Berlockkrankheit bezeichnet wurden. Die anfänglich vom Verf. als notwendig erachtete Komponente Meerwasser wurde von ihm später als nicht unumgänglich notwendig erkannt. Eine auf Grund dieser Beobachtungen versuchte Behandlung zweier Vitiligo-Fälle blieb erfolglos. 2. In Anlehnung an die im Jahre 1909 von Ciarrocchi gemachten Beobachtungen bespricht Verf. kurz 3 Fälle, bei welchen es infolge Tragens von aller Wahrscheinlichkeit nach mit ätzenden Substanzen enthaltenem Waschpulver gereinigter

Digitized by Google

Leibwäsche zu oberflächlichen, ungefähr 2½ cm langen, ovalen und unregelmäßig umrandeten Hautulzerationen gekommen war. 3. Bei einem Bierführer waren infolge Traumas plötzlich an der Innenseite des l. Oberschenkels 2 ungefähr 4½ cm lange und 2½ cm breite, ovale Flecke von lebhaft gelber Farbe (mit einer leichten Tendenz zum Orangegelb) aufgetreten. Dieselben waren von einem hochroten, ½ cm breiten Hofe umgeben und von einer am Grunde fest haftenden Blase bedeckt, die sich nach 2 Tagen abhob, während die gelbe Färbung verschwand. Urinbefund negativ. WR negativ. Verf. nimmt an, daß es sich hier vielleicht (ähnlich wie bei dem von Jessner am 6. II. 1926 in der „Schles. derm. Ges." vorgestellten Fall) um ein Xanthom gehandelt haben dürfte; ob eine Cholesterinämie vorhanden war, konnte nicht festgestellt werden.

Akroerythrodermie infolge Wismutinjektion. Beitrag zum Studium der Wismuttoxikodermien (Acroeritrodermia consecutiva ad iniezione di bismuto. Contributo allo studio delle tossidermie bismutiche), von L. Marchisio-Genua. 30 Jahre alter Pat., der bereits mehrere antiluetische Kuren (Neosalvarsan und Hg) durchgemacht hat. Nach einer Injektion von 2,5 cm Neoluatol (= 0,20 g metall. Bi) Auftreten eines symmetrisch an Händen und Füßen lokalisierten Erythems. Ameisenlaufen am ganzen Körper und speziell an Händen und Füßen; Temperatur 37,4°, leichter Erregungszustand. Nach Abklingen der Erscheinungen werden Eigenbluteinspritzungen vorgenommen, hierauf Fortsetzung der Bi-Kur. Abermals Erythem. Fortsetzung der Kur mittels Hg. Die Kuti- und intradermale Reaktion ist für einige Bi-Präparate deutlich positiv, für Dermatol hingegen negativ. Ebenso verlief die orale Verabreichung von basischsalpetersaurem Bi reaktionslos.

Beitrag zum klinisch histologischen Studium der Präputialgangrän (Contributo clinico istologico allo studio della gangrena del prepuzio), von R. Ghigi-Bologna. Beschreibung eines 1923 in der Klinik Maiocchi beobachteten Falles, welcher, besonders in histologischer Hinsicht, genau beschrieben wird. Es bestanden multiple entzündliche perivasale Herde, und in vielen kleinen Arterien war es zum vollständigen Verschluß gekommen. Aus dem Faktum, daß Pat. eine schlechtbehandelte Lues hatte, schließt Verf., daß die Syphilis das hauptsächlichste ätiologische Moment der Gangrän gebildet habe.

Bemerkungen über die Autovakzinkur der Keloidakne (Osservazioni sulla cura autovaccinica dell' acne cheloide), von G. Lanteri-Catania. Verf. hat 3 Fälle von Aknekeloid mit dem nach Wright aus den Pusteln dargestellten Autovakzin behandelt. Technik: intradermale Injektion des Vakzins in die Umgebung der erkrankten Herde. Resultat: Schwinden der Pusteln. Auf die Keloidmassen Erfolg fast null. Es bleibt also die radiologische Behandlung das Mittel der Wahl bei dieser Dermatose.

Klinische und histologische Bemerkung zu einem Falle von umschriebenem Adenoma sebaceum (Nota clinica ed istologica su un caso di adenoma sebaceo circoscritto), von F. Flarer-Pavia. Es handelt sich um ein 18jähr. stets gesund gewesenes Mädchen, bei dem im Alter von etwa 8 Jahren an der vorderen Halsseite ein Herd von brauner Farbe und folgenden Aussehens aufgetreten war: Es fanden sich in Häufchen angeordnete, leicht erhabene, runde, stecknadelkopfgroße, hellgelbe Elemente, die an ihrer Spitze einen dunklen Punkt und von denen einige eine Delle zeigten, welche offenbar den haarlosen Follikeln entsprach. Beim Pressen der Elemente trat eine geringe Masse einer gelben, fettigen Masse aus. Die histologische Untersuchung ergab folgenden Hautbefund: Es fanden sich um den Zentralausführungsgang traubenförmig angeordnet Massen von sehr voluminösen Talgdrüsen. Während der kleinere Teil derselben normales Aussehen hatte, war der größere Teil derselben in lebhafter Sprossung und Neubildung von Elementen begriffen. Die so gebildeten Drüsen hatten aber meist den Zusammenhang mit dem zentralen Ausführungsgang verloren. Aber auch diese selbst zeigten starke Veränderungen, darin bestehend, daß die den Zentralkanal umgebenden Zellen einen verschiedenen Grad von epithelialer Entwicklung zeigten, indem sie als Basalelemente oder als Zellen des Stratum granulosum mit allen ihnen entsprechenden Eigentümlichkeiten auftraten. Dabei aber fehlte bisweilen der Ausführungsgang vollkommen oder war durch Hornmassen verstopft. In ätiologischer Hinsicht ist Verf. geneigt eine embryonale Abstammung anzunehmen. Als besonders erwähnenswert hebt er die von ihm geübte Therapie hervor, welche in Fulgurationen mittels des Diathermieapparates bestand.

Digitized by Google

1927, Bd. 2, H. 4

Lepra genitalis. Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen. Wechselbeziehungen zwischen Geschlechtstätigkeit und Lepra (Bemerkungen über die geschlechtliche Übertragung und Vererbung) (Lebbra genitale). von L. Pais-Cagliari. Beobachtungen an 72 Männern und 58 Frauen. Von der Lepra scheinen mehr Männer als Frauen befallen zu werden. Als 2. Etappe der Infektion mit Lepra ist die noduläre Infiltration des Hodens und Nebenhodens anzusehen. Ähnliche noduläre Formationen entwickeln sich am äußeren Genitale, so z. B. an der Raphe des Hodensackes, an der Glans penis, am Präputium. Im großen und ganzen ähneln die diesbezüglichen, vom Verf. mitgeteilten Befunde — wie er selbst zugibt — den seinerzeit von Neisser, Banti u. a. veröffentlichten. Vorübergehende bzw. persistierende Azoospermie konnte häufig beobachtet werden. Der Bazillennachweis im Sperma gelang unter 40 Fällen 19mal; bei einem Falle war in den Spermatozoen der Bazillus Hansen vorhanden. Im Anfangsstadium ist erhöhter Geschlechtstrieb beobachtet worden, und zwar speziell in Fällen von Mischformen der Lepra und von L. tuberosa, weniger bei der L. anaesthetica. Bei weiblichen Kranken zeigten sich Störungen seitens der Eierstockfunktion, Hypoplasie der Ovarien, frühzeitiges Auftreten der Amenorrhoe, äußerst häufig Hypoplasie bzw. Atrophie des Uterus und histologisch Endometritis chron., daher also als Folgeerscheinungen dysmenorrhoische Beschwerden bzw. unregelmäßige Menstruation. Der prozentuelle Unterschied der Fruchtbarkeit zwischen leprösem Mann und lepröser Frau ergibt für letztere höhere Werte. In 15% sah Verf. Unterbrechung der Schwangerschaft eintreten. 42,8% der Nachkommenschaft war von mangelhafter Konstitution und nur in 34% der Fälle wurden kräftige Kinder geboren. Bei Ehen, wo die Mutter gesund und der Vater leprös war, konstatierte Verf. 68% gesunde und 19% schwächliche Kinder. Verf., der die Möglichkeit der transplazentaren Übertragung der Lepra nicht ausschließt, ist der Ansicht, daß auch ein gewisser toxischer Einfluß nicht von der Hand zu weisen sei.

Über einen Fall von akuter Myelitis syphilitica praecox (Di un caso di mielite acuta sifilitica precose), von G. Nardi-Vicenza. 49jähr. Kellner; typischer Primäraffekt an der Innenseite des Präputiums. Antiluetische Kur. Abheilung des Ulkus nach 12 Bi-Injektionen. Nach 2 Wochen Auftreten von Kriebeln und lanzinierenden Schmerzen an der r. oberen und unteren Extremität. WR (Blut): positiv. WR (Liquor), sofort nach dem inzwischen eingetretenen Exitus vorgenommen, positiv. Diagnose: Akuter myelitischer Prozeß.

Neuer Beitrag zum Studium der Myome der Haut (Nuovo contributo allo studio dei miomi cutanei), von G. Del Vivo-Genua. Bei einem 39jähr. Kriegsinvaliden, dem seinerzeit in einem Feldspital wegen akuter Erkrankungen (Erfrierung, Nierenentzündung u. a.) Morphininjektionen (und zwar speziell in die l. Pektoralisgegend) gemacht worden waren, entwickelte sich nach und nach in der Gegend der l. Brustwarze ein zuerst unbedeutender, ungefähr hirsekorngroßer, später bis 2 cm im Durchschnitt messender, rundlicher, glänzender, leicht zyanotisch gefärbter Auswuchs mit weißlicher Fleckung, auf welch letzterer zarteste Teleangiektasien wahrnehmbar sind. Der kleine Tumor, der sich hart, infiltriert und holzig anfühlt und auf seiner Umgebung leicht verschiebbar ist, wird in Lokalanästhesie ausgeschnitten. Histologischer Befund. Die Epidermis ist in den oberen Schichten verdünnt. Ihre untere Grenze verläuft fast gradlinig. Das Str. papillare zeigt keine wesentlichen Veränderungen und ist hier und da von zarten, glatten Muskelfasern durchzogen, welche bis zur Basalschicht vordringen. Vom Str. subpapillare bis zum subkutanen Fettgewebe sieht man eine kompakte, ausschließlich aus glatten Muskelfasern bestehende Tumormasse, deren Fasern in allen möglichen Richtungen verlaufen und welche einen verschieden geformten Kern besitzen. Innerhalb dieser Masse gibt es keine elastischen Fasern. Von Gefäßen sieht man einige Kapillaren und kleinere Gefäße mit verdickten Wandungen. Viele derselben sind auch vollständig obliteriert. Verf. hebt besonders hervor, daß einige dem Tumor angehörende Muskelfasern von den Gefäßwandungen herrühren. Er faßt den Fall als Fibromyom auf.

Stark positive Wassermannreaktion bei einem symptomlosen und einer antisyphilitischen Kur gegenüber sich resistent verhaltenden Patienten (Reazione di Wassermann intensamente positiva in individua asintomatico resistente a terapia antiluetica intensiva), von R. Colli-Piacenza. Kurze Beschreibung des Falles, für den Verf. keine Erklärung zu geben vermag.

Digitized by Google

1928, Bd. 2, H. 5

Über den solitären und chronischen Lupus erythematosus des freien Lippenrandes (Sul lupus erythematoso solitario e cronico del margine libero del labbro), von G. Armuzzi-Bonn a. Rh. Beschreibung zweier Fälle.

Über die Verwendung von Trockenkomplement (Kaninchen) bei der Wassermannreaktion (Sull' impiego del complemento secco di cavia nella reazione di Wassermann), von G. Casio-Rocca, Palermo. Verf. konnte an 30 Serumproben die Brauchbarkeit des von Straube und Göde angegebenen und von der A.-G. Gans in Oberursel in den Handel gebrachten Trockenkomplements nachweisen. Wichtig ist nur, daß das betreffende Komplement an einem kühlen und lichtgeschützten Orte aufbewahrt und vor der Anwendung desselben der Titer stets geprüft werde.

Über die adamantinoide Entwicklung des Basalioms der äußeren Hautdecke (Sulla evoluzione adamantinoide del basalioma del tegumento), von E. Giuffrida-Catania. Beschreibung eines Falles von exulzeriertem Epitheliom der Haut der Orbitalgegend bei einer 85jähr Frau. Ausführliche histologische Beschreibung des Tumors. Verf. nimmt Stellung zur Auslegung durch Masson und Krompecher in dieser Frage, wobei er sich der Meinung von Masson anschließt, was er histologisch begründet. Zusammenfassung: Der Fall stellt den Entwicklungsbefund eines adamantinoiden Typus aus einem Hautbasaliom vor und beweist, daß diese Entwicklung auf einer primitiven „interzellulären Sekretion" einer schleimigen Substanz von seiten des Basalepithelioms (Masson) beruht und nicht auf einer einfachen hydropischen Degeneration der Elemente.

Schweinerotlauf und Erysipeloid (Il mal rossino e l'eresipeloide), von L. Bazzoli-Bologna. Innerhalb von 3 Monaten 12 Fälle, bei denen es zu einer erysipelartigen Veränderung der Haut, und zwar speziell an den Händen gekommen war. 9 Kranke hatten mit rohem Schweinefleisch und 3 mit rohem Rindfleisch zu tun gehabt. Nur in 1 Falle konnte Verf. den Bazillus erysipelatis suis feststellen. Bei einem Kranken war es auch zu einer Mitbeteiligung des r. Zeigefingers (Gelenk) gekommen. Bei 4 Kranken war nach Abheilung ein synovial-arthritischer Prozeß in der Nähe der Eintrittspforte der Infektion zurückgeblieben. Prognose: günstig.

Die ultraviolette Therapie der Psoriasis (La terapia ultravioletta nella psoriasi), von A. Radaeli-Genua. In 12 Fällen von Psoriasis (von denen 3 in relativ rascher Form zum Ausbruche gekommen waren) wendete Verf. diese Therapie an und erzielte hierbei in 7 Fällen Heilung; in 3 Fällen war es zu kaum merklicher Besserung gekommen.

Über eine seltene, kongenital-luetische Erscheinungsform bei einem Säugling (Di una rara manifestazione eredoluetica in lattante), von P. Galli und G. Ghetti-Faenza. Familienanamnese: Großeltern väterlicherseits luetisch. (Großmutter: unter 14 Schwangerschaften 9mal Abortus); Vater des in Rede stehenden Säuglings war das 6. Kind, stets schwächlich und litt als Kind an Lymphomen am Halse. 6 Monate alter Säugling. Dentition hat noch nicht begonnen; leidet an Magen-Darmkatarrh. Die Mutter des Kindes hatte bereits 2mal abortiert, ohne daß dem behandelnden Arzte die Ursache klar gewesen wäre. Im Laufe des 6. Lebensmonates entwickelte sich bei dem Säugling unter Fieber und Koryza eine tumorartige, haselnußgroße Anschwellung an der r. Halsseite in der Gegend des M. sternocleido-mastoideus, wodurch es zu einer Behinderung der Kopfbewegungen gekommen ist. Der Tumor ist hart und schmerzhaft, die ihn bedeckende Haut ist derb infiltriert, blaurot verfärbt und trägt an ihrer Oberfläche 3 kleine, eine gelblichweiße Flüssigkeit enthaltende Bläschen. Innerhalb weniger Tage an Größe zunehmend, reicht er vorne bis zum Schlüsselbein und hinten bis zum Rande des M. trapezius, sich pastös anfühlend. Aus der inzwischen eingerissenen Haut sieht man eine serös-gummiartige gelbliche Flüssigkeit hervorquellen. Es kommt zur Bildung einer 7—8 cm breiten, 9—10 cm langen und 5—6 mm tiefen Ulzeration, auf deren Grunde eine speckige, gelblichgraue Gewebsmasse sichtbar ist. Tuberkulinreaktion negativ. Therapie: Arsenobenzolinjektion (subkutan) und Hg-Schmierkur. Heilung innerhalb 50 Tagen; Besserung im Gesamtbefinden des Kindes.

1927, Bd. 2, H. 6

Chronische Dystrophie der Haut unter dem Typus der Epidermolysis bullosa (Distrofia cronica della pelle a tipo di epidermolisi bollosa), von P. Longo-Catania. Verf. beschreibt folgende 3 Fälle. 1. 14jähr. Mädchen. Anamnestisch ist erwähnens-

Digitized by Google

wert, daß von den 12 Geschwistern der Pat. 5 von Geburt an an einer bullösen Affektion gelitten haben und daß die Eltern und deren Blutsverwandten nie syphilitisch erkrankt waren. Bei der Pat. begann das Leiden schon einige Tage nach der Geburt, und zwar besonders nach Traumen. WR und Pirquet negativ. Die kulturelle Untersuchung des Blaseninhaltes ohne besonderen Befund. Blutbefund normal (bis auf 8% eosinophiler Zellen). Histologische Untersuchung: Abhebung der Epidermis vom Derma mit Bildung von einen fibrillären Inhalt enthaltenden Höhlungen. Bei stärkerer Vergrößerung ergaben sich folgende Verhältnisse: Str. corneum und gran. verdickt. Die untere Epidermisgrenze verläuft fast geradlinig. Im Stratum spin. sieht man hier und da konzentrische Anordnung der Epithelzellen, wie bei der Bildung von verhornten Epithelperlen. Die Loslösung der Epidermis vom Derma läßt sich stellenweise schon innerhalb des Str. Malp. feststellen. Derma: dasselbe ist kompakter als normal. Im Str. pap. starkes Ödem, die Bindegewebsfibrillen untereinander gekreuzt verlaufend, an lymphoides Gewebe erinnernd. Die Gefäße erweitert, strotzend gefüllt, stellenweise verdickte Wände besitzend. Es besteht perivaskuläre Infiltration. Besonders hervorhebenswert ist das Vorhandensein von Epithelzysten mit teils hornigem, teils schleimigem Inhalt. 2. Fall. Dieser betrifft den 9jähr. Bruder der Pat. Anamnese morphologisch und histologisch fast identisch wie der erste. 3. Fall. 29jähr. Mann. Bezüglich Familien- und Personalanamnese nichts von Belang. Pat. infizierte sich mit Lues, und fast gleichzeitig traten, besonders im Anschlusse an Traumen, Blasen auf, auf die eine gleichzeitig eingeleitete antiluetische Behandlung keinen Einfluß ausübte. Außer einigen Narben auf den Ohrmuscheln, von früheren Blasen herrührend, findet man Blasenbildung nur auf die Hände beschränkt. Deutlicher Nikolski. Blutbefund normal. Systematische Behandlung mit Adrenalin brachte Besserung. Adrenalin hatte Verf. deshalb verschrieben, weil er infolge des eigentümlich braunen Kolorites des Pat. auf Störung der Nebennierenfunktion geschlossen hatte. Verf. bespricht unter Zitierung der einschlägigen Literatur eingehend den Mechanismus und die Ätiologie der Blasenbildung, wobei er bei seinem Falle geneigt ist, auf Grund der prompten Wirkung des Adrenalins endokrine Ursachen anzunehmen.

Über Syphilis der Prostata (Della sifilide della prostata), von G. Pini-Bologna. Beschreibung zweier Fälle, bei denen sich knotige Verdickungen der Prostata und die sonstigen bei Prostatitis nachweisbaren Beschwerden fanden. In beiden Fällen war sowohl Tripper als auch Lues zugegeben worden. Da momentan keinerlei Anhaltspunkte vorhanden waren, die auf ein Aufflackern des blennorrhoischen Prozesses schließen ließen, wurde eine antiluetische Kur eingeleitet. Im Verlaufe der Behandlung des 2. Falles entwickelte sich eine Urethritis mit anschließender Funikulitis und Epididymitis; Gonokokkenbefund negativ. Trotzdem sich reichlicher Eiter entleert hatte, persistierte die derbknotige Infiltration der Prostata. Erst die antiluetische Kur brachte Heilung.

Über die Hauthyperpexie (Del iperpessia cutanea), von E. Ciambelotti-Siena. Verf. bespricht zunächst den Begriff „Hauthyperpexie" und alle damit zusammenhängenden Fragen, wobei er auf die Hindernisse hinweist, welche die Haut bisweilen einem Nachweise der anaphylaktischen Natur einiger Dermatosen bieten kann und daß die Untersuchungen nicht immer imstande sind, einen sicheren Nachweis zu erbringen. 51jähr. Mann, der sein ganzes Leben hindurch an medikamentösen Exanthemen, z. B. beim Kontakt mit einer Sublimatlösung von 1/1000, oder mit Senf, oder mit Jodoform zu leiden hatte. Die Eruptionen traten meist nach 36—48 Stunden auf und dauerten 3—5 Tage. Seit Oktober 1926 besteht eine sehr quälende Form von Urtikaria. Somatische Untersuchung ergibt nichts Wesentliches. Blutbefund normal. WR, Hecht, Meinicke negativ. Harnbefund, Stuhlbefund normal. Kutireaktionen mit den verschiedensten Substanzen ergaben alle ein negatives Resultat. Erst als verschiedene alimentäre Substanzen versucht wurden, erhielt man typische Blasenbildung, welche 2—3 Stunden nach der Skarifizierung auftrat und sich durch 2—3 Stunden erhielt. Ebenso erhielt man Blasenbildung durch die Kutireaktion mit Sublimat schon in einer Verdünnung von 1:20000. Wurde aber 1:1000 verwendet, so erhielt man ein heftiges Erythem mit Blasenbildung. Was aber von besonderer Wichtigkeit ist, war die Beobachtung, daß dieselbe Reaktion, welche einmal erhalten worden war, nach 2 Tagen z. B. nicht mehr erhältlich war und ebenso wie auch neue Skarifikationen in der Umgebung schon früher skarifizierter Stellen erfolglos blieben. Auf dieselbe Substanz reagierte Pat. in verschiedenen

Digitized by Google

Zeiten und unter verschiedenen Bedingungen in verschiedener Weise. Man müsse daher nach Verf. schließen, daß in der Haut inzwischen Veränderungen eingetreten waren, welche einen entscheidenden Einfluß auf das Auftreten oder Ausbleiben der Blasen genommen hatten. Verf. glaubt, daß diese Substanzen nicht an und für sich eine Wirkung ausgeübt hatten, sondern nur dadurch, daß sie eine sekundäre Aktion, die sich aber durch irgend eine Ursache leicht erschöpfte (Regulierung der Diät, Ausschluß von Toxinen mit den Speisen), hervorriefen. Die Pathogenese seines Falles faßt Verf. folgendermaßen auf: Durch aufeinanderfolgende verschiedengradige Veränderungen der Vitalität der Leber und durch auf diese Weise immer mehr abnehmende toxische Aktivität des Organismus des Pat. wurde jener von einer Menge von Toxinen überschwemmt; die vikariierend eintretende Haut antwortet durch Entziehung von Toxinen aus der Zirkulation, ohne sie dauernd zu binden. Dadurch aber leidet dieselbe und reagiert abnormal auf aspezifische Reize künstlicher und natürlicher Art. Wenn aber durch entsprechende Diät die Toxine aus dem Kreislaufe teilweise verschwinden, kann sich die Haut von ihrem gefährlichen Ballast befreien.

Über Brocqsche Hautreaktionen (gleichzeitiges Bestehen von Ekzem und Psoriasis) (A proposito delle reazioni cutanee del Brocq [Coesistenza di eczema e psoriasi]). von E. Tarantelli-Rom. Verf. beschreibt zur Illustration der bekannten Theorie über die „Hautreaktionen" von Brocq folgenden Fall: 19jähr. Pat., seit frühester Kindheit an Ekzem leidend (ebenso dessen Vater und mehrere Brüder). Bei einem neuen Schub ekzematöser Effloreszenzen wurden psoriatische Flecke an Ellbogen- und Kniegegend beobachtet. Die histologische Untersuchung einer dieser Stellen ergab: Hyperkeratosis und Parakeratosis, an einigen Stellen Schwund des Str. gran., Akanthose mit Wucherung im Str. bas.; dadurch bedingte Verlängerung und Verbreiterung des Str. papillare und leichte Infiltratbildung ebenda. Die Laboratoriumsproben hatten ergeben: Hypothyreoidismus mit vagotonischem Symptomenkomplex; Leberfunktionsstörung (Urobilin und Gallenfarbstoffe), Hyperglykämie (1,19%). Blutbild: Vermehrung der roten (7 Mill.) und leichte Verminderung der weißen Blutkörperchen (5000); Leukozytenformel fast normal: 30% Lymphozyten und 60% neutrophile. Tuberkulinreaktion nach Pirquet und Mantoux negativ. WR, MTR und Vernessche Reaktion negativ. Der Fall scheint dem Verf. gegen die Theorie von Brocq zu sprechen und eher für die Auffassung von Bosellini, welch letzterer annimmt, daß beim Auftreten einer Hautalteration zwei miteinander kontrastierende Faktoren mitspielen, und zwar das pathogene Agens und das Terrain.

Über die Beziehungen des Lichen obtusus corneus und des Lichen verrucosus zu den anormalen Lichenifikationen (Intorno ai rapporti del lichen ottuso corneo e del lichen verrucoso colle lichenificazioni anormali), von A. V. Ferrari-Turin. Verf. hat, um die Frage der Klassifizierung der verschiedenen Lichengruppen zu studieren, 8 verschiedene Fälle von Lichenifikation klinisch und histologisch genau untersucht, ohne aber zu einer bestimmten Stellungnahme in dieser schwierigen Frage zu gelangen. Er glaubt vorläufig, daß man für den L. verr. nicht vollständig die Auffassung von Pautrier annehmen könne, sondern eher mit Darier annehmen müsse, daß man neben den Formen des L. verr. (typische Varietät des L. plan.) noch unabhängige Formen von wahrer abnormer Lichenifikation annehmen müsse. Natürlich bringt in vielen Fällen eher die histologische als die klinische Untersuchung Klarheit.

1927, Bd. 3, H. 1

Zwei Fälle von lupusähnlichem Syphilid bei Heredoluetikern (Due casi di sifiloderma lupiforme, in soggetti eredo-luetici), von G. Lanteri-Catania. 1. Bei einem 21jähr. Mann, der seinerzeit an Malaria gelitten hatte, entwickelte sich innerhalb 13 Monaten am unteren Rande des Nasenseptums ein furunkelähnliches Gebilde, wobei es schließlich zur fast völligen Zerstörung der Nasenkuppe und des Septums kam. Die Ulzeration, die etwa 2 cm breit ist und etwas erhöhte Ränder aufweist, ist an ihrer Oberfläche von unregelmäßigen, schlaffen, hochroten und leicht blutenden Granulationen bedeckt, aus denen bei Druck einige Eitertröpfchen hervorquellen. Die umgebende Haut ist bläulich verfärbt und leicht infiltriert. Zahlreiche Lymphdrüsenpakete in der Hals- und Nackengegend. Milz- und Lebervergrößerung. WR leichte Verzögerung der Hämolyse; Meinicke-Reaktion: starke Trübung. Tuberkulin (Kutanprobe) negativ. Beim Vater: WR negativ. MTR:

Digitized by Google

leicht positiv. Auf spezifische Kur erfolgte Heilung. 2. 7jähr. Junge. In der Gegend des r. äußeren Augenwinkels sowie in der Schläfengegend strahlige Narben. In der Sternalgegend, nahe an der Jugularisgrube, eine schmerzende, rundliche, trockene und hochrote Infiltration; an der r. Halsseite eine schräg verlaufende, ziemlich tiefe Ulzeration mit ausgehöhlten und infiltrierten Rändern. In der Hals- sowie auch in der Inguinalgegend zahlreiche indolente Drüsenpakete. WR und MTR: leicht positiv. Die Anamnese ergibt: Vater infolge Aortenaneurysma gestorben. Mutter: WR negativ. MTR leicht positiv. Auf eine Hg-Kur hin rasche Besserung des Allgemeinbefindens und Heilung der Ulzerationen.

Beitrag zum Studium der reaktiven und physiologischen Unterschiede der normalen menschlichen Haut in ihren verschiedenen Bezirken (Contributo allo studio delle differenze reazionali e fisiologiche della cute umana normale nei suoi vari territori), von P. A. Meineri-Turin. Um den verschiedenen Reaktionsmodus der Haut an differenten Körperstellen zu studieren, bestrahlte Verf. 2 Minuten lang die Haut des Rückens (Schulterblattgegend) und der Beine mit einer Kromayer-Lampe (150 Volt und 2½ Ampere) und erzielte hierbei folgende Ergebnisse: a) während die Rückenhaut lymphozytäre Infiltration aufwies, war dieselbe an den Beinen prinzipiell aus polynukleären Neutrophilen gebildet; b) ebenso fiel die Untersuchung betreffs der Leukozytenformel aus; c) die durch ein Kantharidenpflaster auf der Haut des Rückens bzw. der Beine gewonnene seröse Flüssigkeit ergab für das der Rückenhaut entnommene Serum höhere Eiweißwerte (etwa 1%). Verf. meint, daß vielleicht sowohl die lymphozytäre Reaktion, als auch die erhöhte Eiweißmenge auf Parasympathikuswirkung, hingegen die polynukleäre Neutrophilenreaktion auf Sympathikotonie zurückzuführen sei.

Besonderes Aussehen der lokalisierten Sklerodermie im Kindesalter (Particolari aspetti della sclerodermia localizzata nell'infanzia), von M. Artom und P. Fornara-Novara. 1. 18 Monate altes Mädchen. In klinischer Behandlung wegen eines enzephalitischen Prozesses. Am unteren Rande der Glutäalgegend rechts eine flächenhafte, vollkommen runde, im Durchschnitt 3 cm messende Hautläsion, deren äußerer Rand von einer erythematösen, angiektatischen Zone und deren innerer Anteil aus kleinen, weißlichgelblichen, fast xanthomartigen Punkten gebildet war. Die Haut erwies sich hier als verdünnt und von verminderter Elastizität. Die histologische Untersuchung ergab für die in der ringförmigen erythematösen Zone befindlichen Arterien die bei chronischer Arteriitis nachweisbaren infiltrativen Veränderungen; in der Mitte der obengenannten Hautläsion ist eine Hypotrophie des Bindegewebes vorhanden, wobei es teilweise zur Verkleinerung der einzelnen Bündel bzw. zum vollkommenen Schwund derselben gekommen war, in welch letzterem Falle sich eine kleinzellige Infiltration ausgebildet hatte. Ebenso sind die elastischen Fasern vermindert; dasselbe gilt auch für die Muskelfasern. 2. 15 Monate altes Mädchen. Leichte Form von Rachitis; Anämie; Spasmus nutans. Ebenfalls am unteren Rande der l. Glutäalgegend befindliche, von einem violettroten Ring umgebene Hautläsion, die der soeben geschilderten vollkommen glich und nach 10 Monaten dasselbe Aussehen hatte. 3. 6jähr. Mädchen. Influenza. Atrophie sowohl der oberflächlichen wie der tiefer gelegenen Partien des vorderen Anteils des l. Oberschenkels. Die betreffende, etwa 5 cm breite Hautpartie hat eine weißlich-zyanotische Farbe, ist von glänzendem Aussehen und in ihrem kutanen Anteil auffallend verdünnt, so daß man hier die Haut in allerkleinste Falten zusammendrücken kann. Das l. Bein ist um 2 cm dünner. Die Atrophie ist auch im muskulären und im knöchernen Anteil des Beines nachweisbar. WR und MTR positiv; bei der Mutter: WR negativ, MTR positiv. (Ein 18 Monate alter Bruder der Pat. leidet an Ichthyosis.) Behandlung: Organtherapie, welche bald sichtliche Besserung brachte.

Das Verhalten der Urikämie, Glykämie und Chlorämie nach Kalziumzufuhr (Il comportamento dell' uricemia, glicemia e cloremia dopo somministrazione di calcio), von E. Ciambellotti-Siena. Verf. konnte an 10 Fällen mittels Einspritzungen von anorganischen und organischen Kalziumsalzen folgende Beobachtungen machen: a) bei erhöhten Harnsäurewerten kam es hierbei zur Verminderung der betreffenden Werte, während beim Vorhandensein eines normalen Befundes keine Beeinflussung nachweisbar war. b) Die chlorämischen normalen Werte blieben unverändert, während es bei Glykämie zu einer auffallenden Verminderung der Werte kam, und zwar war dieselbe um so stärker, je höher die Zuckerwerte über die normale physiologische Grenze gingen. Mit der so erzielten Verminderung der erwähnten

Digitized by Google

Werte ging parallel die Besserung im Zustand der betreffenden Dermatosen, die als durch Urikämie bzw. Glykämie bedingt angesehen worden waren (Urtikaria; Ekzem; Dermatitis vesico-squamosa dystrophica).

1927, Bd. 3, H. 2

Das Nicollesche Vakzin in der Behandlung des weichen Schankers (Il vaccino di Nicolle nella cura dell' ulcera e dell' adenite venerea), von I. Levi-Triest. In 80 Fällen wendete Verf. das Nicollesche Vakzin an, und zwar bei 30 Kranken intravenös, bei 40 intramuskulär und bei 10 intrakutan. Die besten Resultate erzielte er mit intravenöser und intramuskulärer Injektion, welch erstere wegen der oft etwas stürmischen Erscheinungen sich für eine ambulatorische Kur wenig eignen. Die intrakutane Anwendung ist eher vom diagnostischen Standpunkte brauchbar.

Rein motorische syphilitische Polyneuritis in Form einer Tetraplegie (Polineurite motoria pura di natura sifilitica a forma tetraplegica), von G. Sannicandro-Bari. 30jähr. Pat.; 7 Schwangerschaften, davon endete die erste mit Abortus; das letzte Kind, 4 Monate alt, ist gesund und hat keine auf kongenitale Lues deutende Kennzeichen. Während der letzten Schwangerschaft und nach der Geburt obengenannten Kindes traten heftige Kopfschmerzen auf; allgemeiner Schwächezustand; in kurzem entwickelte sich eine vollkommene Lähmung der oberen Extremitäten, speziell der Unterarme und der Hände. Sehr vorgeschrittene Muskelatrophie dieser Partien. Parese der unteren Extremitäten, und zwar speziell im Innervationsgebiet des Kruralis. WR positiv. Die antiluetische Kur hatte Erfolg, konnte aber die 4 Monate bestehende Atrophie nicht mehr beheben.

Über eine eigenartige Form von gleichmäßig verbreiteter Infiltration der Mundschleimhaut bei rezenter Syphilis (Di una singolare forma infiltrativa uniformemente diffusa a tutta la mucosa orale in sifilitico recente), von G. Verrotti-Catania. 72jähr. Pat.; im Jahre 1923 Syphilis sowie antiluetische Kur. Im Jahre 1925, 7 Monate vor der Spitalsaufnahme, bildeten sich kleine, nicht schmerzhafte Vorwölbungen an der Schleimhaut des harten Gaumens sowie Schwellung des Zahnfleisches. Eine Hg-Kur verschlimmerte noch das Leiden. Es war eine etwas trübrosafarbige, das Zahnfleisch, die Wangenschleimhaut, den weichen und harten Gaumen umfassende Hyperplasie der Mundschleimhaut von weicher Konsistenz nachweisbar. Nur an der Innenseite der r. Wange und am harten Gaumen fühlte sich die Schwellung etwas derber an und war von weißlichgrauer Farbe. WR negativ. Eine Jod- bzw. Salvarsankur hatte keinen besonderen Effekt. 1 Jahr darauf (1926) Wiederaufnahme der Behandlung: nach Jod, Bi- und Hg-Anwendung Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab: negatives Resultat betreffs des Nachweises der Spir. pall.; es handelte sich um eine entzündliche Infiltration der Haut, wobei speziell Plasmazellen nachweisbar waren, sowie um endo- und periphlebitische Prozesse, diffuses Ödem und epitheliale Infiltration.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Syphilis ignorata (Contributo alla conoscenza della sifilide ignorata), von V. Caputo-Cosenza. Beschreibung in 7 Fällen; bei 4 Kranken imponierten speziell die gastrischen Krankheitssymptome; in 1 Falle handelte es sich um syphilitisches Fieber und in 2 Fällen waren bereits Symptome von Spätsyphilis vorhanden.

Die kolloidale Benzoinprobe im syphilitischen Blutserum. Kombinationsmethode, Antigenbenzoetinktur (nach Starobinski) und ihr klinischer Wert (La reazione di benzoino colloidale sul siero di sangue nella sifilide. Il metodo della miscela antigene-tintura di benzoina secondo Starobinski e suo valore clinico), von V. Barbaglia-Sassari. Die von Starobinski (in Anlehnung an die von Dujarric de la Rivière und Kossovitch mit der Mischung Antigen-Benzoetinktur gemachten Erfahrungen) veröffentlichte Methode, bei der Pferdeherz als Antigen Verwendung findet, wurde vom Verf. an 164 Fällen einer Nachprüfung unterzogen, wobei sich ergab, daß diese Reaktion im Vergleich zur WR fast ebenso gute Resultate bietet, und zwar im Falle von Nichtlues und von manifesten Fällen. Bei latenter Syphilis war diese Reaktion in einigen Fällen weniger und in einigen weit mehr empfindlich als die WR. Wegen der leichten Ausführbarkeit dieser Reaktion empfiehlt sie Verf. wärmstens.

1927, Bd. 3, H. 3

Über Zystizerkuserkrankung der Subkutis (Sulla cisticercosi dell' ipoderma), von M. Truffi-Padua. 28jähr. Arbeiter. Vor 1 Jahr Ausstoßung eines dicken Wurmes nach

Digitized by Google

heftigen Koliken. Später Spitalsaufnahme wegen eines kleinen harten Tumors in der r. Brustgegend. Aber schon 5 Monate früher hatte ein Augenarzt dem Pat. ein kleines Knötchen aus dem r. Auge entfernt. Von da an Auftreten immer neuer Knötchen. Bei der objektiven Untersuchung fanden sich über den ganzen Körper und den Extremitäten verstreut zahlreiche, im Hypoderm gelegene, runde, harte, nicht druckempfindliche, nicht mit der Umgebung verwachsene, leicht verschiebliche, vielfach nur durch Palpation nachweisbare Knötchen. Keine Entzündung des umgebenden Gewebes. In den Muskeln tastet man keine Knötchen. An der äußeren Seite des r. Auges sieht man ein halberbsengroßes Knötchen, das hell, durchscheinend unter der Konjunktiva und auf der darunterliegenden Sklera leicht verschieblich ist. Keine Beschwerden. Harn: Diazo-Reaktion positiv. Im Kote weder Blut noch Eier, noch Proglotyden. Blutbefund: normal bis auf 6%ige Eosinophilie. WR negativ, positiv dagegen die Kompl.-Abl.-Reaktion mit einem Antigen, das aus dem alkoholischen Extrakt von Zystizerkus des Herzens und der Muskeln eines Schweines dargestellt worden war. Pirquet negativ. Die Kutireaktion mit obigem Extrakt schwach positiv, dasselbe aber auch bei gesunden Personen. Histologische Untersuchung ergibt die für Zystizerkus typischen Befunde. In Italien sind bisher 200 Fälle publiziert worden. Therapie besteht in subkutanen Injektionen von salzsaurem Emetin bis zu einer Gesamtdosis von 70 cg. Vollständige Heilung.

Über einen Fall von Psoriasis mit Arthropathie (Sopra un caso di psoriasi con artropatia), von L. Peracchia-Pavia. 18jähr. Pat. Mit 13 Jahren menstruiert; nach einigen Monaten Amenorrhoe, die nach 1 Jahre wieder schwindet; seither Menses regelmäßig. Während des Bestehens der Amennorrhoe machen sich zum ersten Male psoriatische Effloreszenzen bemerkbar, die zeitweilig durch lokale Therapie zum teilweisen Schwinden gebracht werden. Nach 2 Jahren Auftreten von Gelenkschmerzen, die nach kurzen Remissionen immer mehr an Heftigkeit zunehmen. Die Röntgenuntersuchung ergab einen Dekalzifikationsprozeß am epiphysärem Anteil der Knochen mit mehr oder minder starken Zerstörungen desselben. Die anfänglich versuchten Einspritzungen von Trypaflavin führten nur eine leichte Besserung sowohl des Haut- wie des Knochenprozesses herbei. Heilung durch Injektion von Kalzium.

Über einen weiteren Fall von Hydroa vacciniforme Bazin (Su un altro casos di Hydroa vacciniforme del Bazin), von B. Sparacio-Rom. 52jähr. Frau. Von 7 Geschwistern litt keins an einer ähnlichen Affektion. Seit 1924 Abmagerung und Dunkelfärbung der Stirnhaut. Im Oktober Auftreten der bis haselnußgroßen Blasen auf den Händen, später auf dem Gesichte, welche mit Krustenbildung und Narben abheilten. Später Dunklerwerden der Haut der Hände, welche sich gleichzeitig mit zahlreichen Härchen bedeckten, was auch — aber in erhöhterem Maße — im Gesichte stattfand. Das Kommen und Gehen der Blasen dauerte über ein ganzes Jahr, wobei Pat. bemerkte, daß mit jeder neuen Blaseneruption die Farbe ihres Harnes sich rötlich färbte. Jetzt erfolgte Spitalsaufnahme. Hochgradige, fast das ganze Gesicht einnehmende Hypertrichose und eine ausgesprochene Hyperpigmentation. Auf den Händen der für Hydroa vacciniforme typische Befund. Blutbefund normal, bis auf eine 3%ige Eosinophile. WR, Pirquet, Meinicke negativ. Die Harnuntersuchung ergab als Hauptbefund Hämatoporphyrie. Außerdem fand sich Indikan, Urobilin und Gallenfarbstoff. Die Leberfunktionsprüfung ergab das Vorhandensein einer deutlichen Störung der funktionellen Tätigkeit. Um festzustellen, welche Strahlen des Spektrums es seien, die die Eruption der Blasen hervorrufen, wurde die Pat. den Strahlen der Sonne als auch denen der verschiedenen Medizinallampen ausgesetzt. Ferner wurden Tiere mit dem Blute der Pat. injiziert, wobei darauf geachtet wurde, ob das Blutbild eine Veränderung erleide. Ferner wurden alle pharmakodynamischen Untersuchungen auf eventuelle Störungen des endokrinen Systems vorgenommen, die Hyperthyreoidismus und speziell vagotonische Störungen ergaben. Heilung nach einer Antithyreoidinkur.

Wirkungsmechanismus der Akridin- (Trypaflavin-) therapie bei der gonorrhoischen Infektion (Meccanismo di azione della terapia acridinica nell' infezione gonococcica), von A. Marcozzi-Pisa. Verf. konnte nach intravenöser Injektion von Trypaflavin die Feststellung machen, daß durch dieses Mittel der Organismus in seinem Kampf gegen die Infektion kaum merklich unterstützt wird und daß die im Harn vorhandene Konzentration des Mittels allem Anscheine nach hinreicht, um

Digitized by Google

die Gonokokken zu schädigen; doch ist diese Fähigkeit nicht stärker als die anderer antigonorrhoischer Mittel.

Über einen Fall von Tertiärsyphilis des rechten oberen Augenlids (Di un caso di sifilide terziaria della palpebra superiore destra), von G. Nardi-Vicenza. Beschreibung des Falles, bei dem eine syphilitische Infektion negiert wurde. WR stark positiv. Antiluetische Kur: Heilung.

1927, Bd. 3, H. 4

Über die Bedeutung der endokrinen und nervösen Störungen in der Ätiologie und Pathogenese des Pemphigus (A proposito della importanza delle alterazioni endocrine e nervose nella eziologia e patogenesi del pemfigo), von G. Bertaccini-Perugia. Die histologische Untersuchung aller Organe eines ad exitum gekommenen Pemphiguskranken ergab: Thyreoidea und Pankreas normal. Hypophyse, Epiphyse, Nebennieren mehr oder weniger atrophisch. Besonders aber atrophisch die Hoden. Besonders wichtig waren die Befunde im Gehirn. Hier fanden sich im Thalamus optic. im Nucl. lentic., vor allem aber im Nucl. caudatus starke Entzündung und hochgradige Veränderungen an den Nervenzellen, gegeben in „Neurophagie" (Businco). Besonders sind diese Veränderungen um den roten Kern und den Locus niger vorhanden. Im Kleinhirn fanden sich Veränderungen, welche denen bei Enzephalitis epid. ähnlich sind. Wenn auch Verf. aus diesen Veränderungen und Befunden keine bestimmten Schlüsse auf die Ätiologie des Pemphigus ziehen möchte, so weist er vor allem auf die Ähnlichkeit der Befunde im Gehirn mit den Befunden von Buschke, Ollendorf und Bielschowsky hin, während er die anderen Befunde einfach registriert.

Der erste in Italien beobachtete Fall von „Creeping Disease" (Il primo caso di „Creeping disease" osservato in Italia), von G. M. Garibaldi-Rom. Verf. ist es trotz oftmaliger Untersuchung nicht gelungen, am jeweiligen Endteile des Ganges den die Affektion bedingenden Parasiten festzustellen.

Abnorme Formen von Pityriasis rosea-Gibert (Forme anormale di pitiriasi rosea di Gibert), von A. Marcozzi-Pisa. Es werden 2 Fälle beschrieben. Bei beiden handelt es sich um tuberkulöse Individuen. Die Hautaffektion bestand aus erythematösen, schuppenden, teilweise vereinzelten, teilweise konfluierenden, ziemlich infiltrierten Flecken von rundlicher bzw. ovaler Form, mit unregelmäßig geformten Rändern, hochroter Farbe, etwas blasser im Zentrum derjenigen Flecke, die in Rückbildung begriffen waren. Über den einzelnen fleckigen Hautpartien sind unregelmäßig verteilte, hirsekorngroße Bläschen wahrnehmbar. Auch auf den gesunden Hautpartien sind diese Bläschen vorhanden; sie sind von einem scharf begrenzten erythematösen Ring umgeben. An einigen Punkten, an Stelle der Bläschen, schuppenartige, gelbliche Krusten. Beim ersten Falle konnte eine histologische Untersuchung vorgenommen werden. Dieselbe ergab im ganzen und großen typische Befunde für Pityriasis rosea. Verf. weist darauf hin, daß die abnorme Form seiner 2 Fälle wahrscheinlich durch eine Steigerung der Reaktionsfähigkeit der Haut durch die Tbc. hervorgerufen sein könne.

Veränderungen der Morphologie des Blutes bei Verbrennungen (Variazioni morfologiche del sangue negli ustionati), von A. Avoni-Bologna. Bei 10 Fällen von Brandverletzungen, die Verf. an der chirurgischen Klinik einer systematischen Untersuchung unterzogen hatte, ergaben sich folgende Resultate: Bei allen Fällen Hyperleukozytose und Hypermononukleose. Bei etlichen Kranken Hyperglobulie; der im Vergleich zur Hyperglobulie ziemlich niedrige Hämoglobinindex erinnert an die bei Chlorose vorkommenden Befunde. B. Coglievina-Triest.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

e. Therapie

Technique de dosage du bismuth dans les médicaments bismuthiques employés en syphiligraphie (Technik der Dosierung des Wismuts in den bei der Syphilis gebrauchten Wismutpräparaten), von Bouillenne und Dumont. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 11, S. 879—880.) Die Technik der genauen Feststellung

Digitized by Google

des Wismutgehaltes bei schwachem Gehalt des Präparates beruht auf der Farbreaktion der Wismutsalze mit Jodkali. Das zu untersuchende Präparat wird nach einer in bestimmter Weise erfolgenden Lösung mit einer Normallösung von Wismut verglichen, nachdem beiden gleiche Mengen Jodkali zugesetzt worden sind.

E. Levin-Berlin.

The Value of Bismuth Therapy in Syphilis (Der Wert der Wismuttherapie der Syphilis), von C. Levaditi und L. Fournier-Paris. (Lancet, 1928, Bd. 214. Nr. 5458.) Die zerstörende Wirkung der reinen Wismuttherapie auf die Spirochäten kommt der des Salvarsans nahe und ist der des Quecksilbers überlegen. Erfahrungen mit einem peroral anzuwendenden neuen Wismutarsenpräparat (Bistovol). Die Verträglichkeit ist gut bei vorzüglicher Wirkung sowohl auf die Spirochäten als auch auf die klinischen Erscheinungen und die Serumreaktion.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Untersuchungen über die Speicherung im retikulo-endothelialen System und kolloidalem Wismut, von L. Califano, Path.-Anat. Abt. R. Virchow Krkhs. Berlin. (Krankheitsforschung, 1928, Bd. 6, H. 2, S. 77.) Nach der Methode von E. Christeller wurden nach intravenösen Wismutdiasporalinjektionen durch eine mikrohistochemische Reaktion bei Mäusen und Ratten die Verteilung des Wismuts festgestellt. Bei völligem Freibleiben der Parenchymzellen wurde Wismut im retikulo-endothelialen Apparat, Pulpa der Milz, Kupferschen Sternzellen und dem Retikulo-Endothel der Lunge festgestellt. Eine Blockade dieses Systems durch Vorbehandlung mit Trypanblau war nicht möglich, vielmehr fand sich der Vitalfarbstoff und das Wismut in derselben Zelle vereint, wodurch besonders farbenprächtige histochemische Bilder entstehen.

F. Rosenthal-Berlin.

Passage du bismuth et de l'arsenic à travers la barrière vasculo-méningée, chez l'homme, sous l'influence d'une méningite aseptique (Durchgang von Wismut und Arsen durch die Gefäßbarriere der Meningen beim Menschen unter dem Einfluß einer aseptischen Meningitis), von S. Mutermilch und E. Salamon. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 13, S. 1113—1115.) Im Verfolg von Untersuchungen an Kaninchen, bei denen sich gezeigt hatte, daß unter dem Einfluß einer durch Einspritzen von Mehlemulsion in den Meningealraum erzeugten aseptischen Meningitis beträchtliche Mengen von Wismut aus dem Blute in den Liquor übergehen, wurde Gleiches für Wismut und Salvarsan auch bei in derselben Weise vorbehandelten Paralytikern gefunden. Der Nachweis gelingt 1 Stunde, 2 Stunden und bis zu 24 Stunden nach der Einspritzung des Medikaments in die Blutbahn.

E. Levin-Berlin.

Die Nebenerscheinungen bei der Wismutbehandlung der Syphilis, von E. Langer, Derm. Abt. d. Krkhs. Neukölln-Britz. (Kl. W., 1928, Nr. 12, S. 554.) Sammelreferat.

E. Langer-Berlin.

Über Malariabehandlung der progressiven Paralyse, von A. V. Nàgera und R. G. Pinto-Madrid. (D. m. W., 1928, Nr. 13, S. 521.) Von 63 Paralytikern und Taboparalytikern wurden 6 völlig geheilt, 12 derart gebessert, daß sie ihren Beruf wieder ausüben können, 9 leicht gebessert. In 28 Fällen hat die Behandlung versagt. 8 Patienten kamen ad exitum.

F. Harry-Wiesbaden.

The Treatment of General Paralysis by Inoculation with Malaria (Malariabehandlung der progressiven Paralyse), von H. A. Bunker und G. H. Kirby-New York. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 10, S. 760.) Es wird über die Ergebnisse bei 92 männlichen Patienten berichtet, die sämtlich vor Mitte Dezember 1925 in Behandlung genommen worden sind. Von diesen starben 10 Fälle im 1. Jahre nach Abschluß der Fieberbehandlung (11%). Von nichtmalariabehandelten Paralytikern starben im gleichen Zeitraum 58%. Von den übrigbleibenden Patienten haben 88% die durchschnittliche Lebenserwartung des Paralytikers überlebt. Von 25 Patienten, die über 3 Jahre nach der Behandlung in Beobachtung stehen, ist nur einer gestorben, 5 bzw. 6 sind stationär geworden. Von 16 Patienten, die volle Remissionen bekamen, haben 14 ihren guten Befund über 3 Jahre beibehalten; 2 Fälle sind vorübergehend rezidiviert und erneut anscheinend mit Erfolg in Behandlung genommen worden. Eine spezifische Nachbehandlung hat nur ganz ausnahmsweise stattgefunden.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Beitrag zur Impfmalaria. Impfmethode, Nebenerscheinungen, Gegenanzeigen, Kupierung, von B. Spiethoff, Univ.-Hautkl. Jena. (M. m. W., 1928, Nr. 12, S. 509.) Es wird empfohlen, 6—12 Stunden nach Beendigung des letzten Schüttelfrostes mit

Digitized by Google

6—8 ccm Malariablut intravenös zu impfen. Bei genauer Befolgung der Ritter-Völkerschen Vorschriften wurden trotzdem sehr häufig Quotidianafieberverläufe beobachtet. Wenn am 4. Tage kein Fieber einsetzte, wurde mit 8 ccm erneut geimpft. Mehrmals wurden Blutungen, zumeist Nasenbluten, je einmal eine Nieren- und Darmblutung im Gefolge der Malaria beobachtet. Gravidität bis zum 6. Monat gilt wegen Abortgefahr als Gegenindikation. Ein Fall mit früherem Schädeltrauma (Schädelfraktur) kam im Fieber nach epileptischem Anfall zum Tode. Schweres Schädeltrauma hat als Kontraindikation zu gelten. Für die Blennorrhoebehandlung gilt die Malaria dem Verf. als Methode der Wahl. Zur Kupierung wird vom Verf. Salvarsan dem Chinin vorgezogen. W. Kirschbaum-Hamburg.

Impfmalaria und Wassermannsche Reaktion, von H. Nagell und J. Langhans, Univ.-Hautklinik Rostock. (M. Kl., 1928, Nr. 10, S. 368.) Die Frage der WR bei Malariaerkrankung konnte bisher bei der Impfmalaria nicht sicher gelöst werden, weil es sich meist um latente Lues handelte. Es wurden daher der Untersuchung Versuche einer Behandlung hartnäckiger chronischer Blennorrhoen mit Fieber (Malaria) zugrunde gelegt. Dabei zeigten 9 von 10 Patienten zwischen dem 5. und 9. Anfall komplette Hemmung; 7—15 Tage nach dem letzten Anfall war die WR wieder negativ. Die Ergänzungsreaktionen fielen niemals positiv aus. Ob dem Fieber als solchem bei der Auslösung der positiven WR eine Rolle zukommt, soll noch festgestellt werden. E. Levin-Berlin.

Über die Wirkung der Ultraviolettbestrahlungen auf die Wassermannsche Reaktion und kutane Allergie bei der Lues, von E. Rajka und E. Radnai, Graf Albert-Appony-Polikl. Budapest. (W. kl. W., 1928, Nr. 2, S. 52.) Verff. suchten die WR solcher Fälle von Lues durch Bestrahlungen zu beeinflussen, die trotz intensiver Behandlung mit Salvarsan, Bi und Hg hartnäckig positiv blieben. Sie bestrahlten sehr intensiv: 20—45 Bestrahlungen abwechselnd an Bauch, Rücken und Brust, bis zur Erythemdosis steigend; am Ende der Kur war die Haut bronzefarben pigmentiert. — Die Einflüsse lassen sich bei den verschiedenen Versuchen dahin zusammenfassen: Die hartnäckig positive WR wird in manchen Fällen negativ. Die Kutanproben mit Luetin werden oftmals kräftig gesteigert (zwischen beiden Wirkungen besteht kein Parallelismus; die kutanallergiesteigernde Wirkung wird auf gesteigerte Bildung von entzündungserregenden Substanzen in der Haut zurückgeführt), eine Beobachtung, die bis zur Dauer von über einem Jahre festgestellt werden konnte. Es wird die WR-Beeinflussung zu erklären versucht, daß mit der Steigerung der spez. Reagine eine intensivere Bindung (bzw. Zerstörung) der Spirochäten stattfände, wodurch die Menge der Spirochäten derart abnähme, daß sich komplementbindende Antikörper nicht mehr bilden können. — Außerdem wurde beobachtet, daß die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen unter Bestrahlungen zur Norm zurückkehrt und die (Matéfysche) Globulinausflockungsreaktion wieder normal wird. Bei Kutanallergiesteigerung: interessanter Hinweis auf die Tropenlues, die selten interne, wohl aber mit Kutanallergie einhergehende Tertiärlues aufweist als Folge starker Insolation, und die Beobachtungen von A. Hauptmann, der mit intensiven Quarzbestrahlungen und Salvarsan in Paralysefällen ebenso gute Resultate erzielte wie mit der Malaria. D. Simons-Berlin.

Soufre thermal et syphilis (Schwefelquellen und Syphilis), von H. Flurin und L. G. Blanc. (Paris méd., 1928, Nr. 16, S. 359—362.) Der Schwefel besitzt auch heute noch seine Bedeutung bei der Behandlung der Syphilis. Bei der Behandlung mit Quecksilber, das wieder an Boden zu gewinnen scheint, unterstützt er dessen Verträglichkeit und gestattet die Anwendung stärkerer Dosen, da die Ausscheidung gesteigert wird. Nebenerscheinungen des Quecksilbers werden durch Schwefel therapeutisch beeinflußt. Auch die Verträglichkeit des Wismuts wird durch Schwefel gesteigert. Außerdem übt er auch einen unzweifelhaften selbständigen Einfluß auf gewisse Erscheinungen der Syphilis (Anämie) aus. E. Levin-Berlin.

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Zur Epidemiologie des weichen Schankers, von B. Fränkel. (Wratschebnoje Delo, 1928, Nr. 7.) Verf. beobachtete in der Zeit von 1923—1926 am Venerologischen Institut zu Charkow 474 Fälle von Ulc. molle, und zwar im Jahre 1923 = 88, im Jahre 1924 = 57, im Jahre 1925 = 165 und im Jahre 1926 = 164. Die häufigsten Fälle fielen: im Jahre 1923 und 1924 auf den Dezember, im Jahre 1925 auf den

Digitized by Google

August und im Jahre 1926 auf den Oktober; wogegen die wenigsten Fälle verzeichnet wurden im Jahre 1923 und 1925 im Mai, im Jahre 1924 im März und im Jahre 1926 im April. Von den Männern mit Ulcera mollia waren ledig 64,3%, verheiratet 34,1% und geschieden 1,6%. Dem Alter nach entfielen 62,4% auf das 20. bis 30. Lebensjahr, 18,2% auf das 30.—40. Lebensjahr, 12,4% auf das 15.—20. Lebensjahr und 7,0% auf über 40 Jahre. Von den Kranken mit weichen Schankern gaben an ein eigenes Bett, ein apartes Handtuch und besonderes Geschirr zu besitzen 28,3%, während 71,7% sich dessen nicht rühmen konnten. Es handelte sich in 75,0% der Fälle um Ulc. molle simpl., in 18,2% um Ulc. mixtum, in 2,9% um Ulc. molle elevatum, in 1,6% um Ulc. molle follicul. und in 2,3% um Ulc. molle gangraenosum und phagedaenicum. Es gaben an sich infiziert zu haben bei Prostituierten 78,9%, bei Bekannten 15,6%, bei einer Person aus demselben Dorfe 1,3%, bei der Frau 2,9% und bei einer zufälligen Begegnung 1,3%. A. Jordan-Moskau.

Zur Diagnose des Lymphogranuloma inguinale, von H. Geisler, Derm. Abt. d. Städt. Krkhs. Altona. (Kl. W., 1928, Nr. 11, S. 497.) Vier Beobachtungen bei Männern — bei Frauen kommt die Erkrankung nur selten vor —, von denen drei nie in den Tropen waren. Lymphogranuloma inguinale und klimatische Bubonen sind ein einheitliches Krankheitsbild. Auf Grund der Beobachtungen hebt Verf. folgende diagnostische Merkmale hervor: mehrere Wochen p. coit. rasche, meist einseitige harte Schwellung der Leistendrüsen, Schmerzen und Fieber. Häufig die iliakalen Drüsen auch befallen. Anfangs keinerlei Neigung zur Erweichung, erst nach Monaten bohnen- bis nußgroße Abszesse; dabei nie, wie bei Ulcus molle, totale Einschmelzung. Langdauernder, aber gutartiger Verlauf. Kein Primärulkus am Penis feststellbar; Seroreaktionen auf Lues negativ. Die Kutireaktion nach Frei, die bei Auftreten der ersten drei Fälle noch nicht bekannt war, sichert bei positivem Ausfall die Diagnose. Erreger vorläufig nicht bekannt; Übertragung wahrscheinlich durch den Geschlechtsverkehr. Röntgenbestrahlung nicht besonders erfolgreich. Nach Erweichung der Knoten Spaltung; Neigung zur Fistelbildung; Injektion von Jodoformglyzerin resp. Lugolscher Lösung in die Fisteln, danach allmähliches Versiegen der Absonderung. Evtl., wo notwendig und möglich, Exzision des ganzen Drüsenpaketes. E. Langer-Berlin.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Die Serodiagnose der Gonorrhoe in ihren Beziehungen zur Klinik, von E. Kunewälder, Kl. Finger Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 2, S. 55.) Es wurden 200 Fälle serologisch durchuntersucht. Die Komplementbindungsreaktion war in der ersten Krankheitswoche fast durchweg negativ, in der zweiten wurde sie positiv, in der dritten Woche war sie durchweg positiv. Die positiven Fälle gingen mit starken Entzündungserscheinungen einher, die Negativität scheint auf Mangel an Abwehrstoffen zu beruhen. Die Urethritis acuta posterior macht positive Reaktionen. Fälle mit früh vollständigen Hemmungen scheinen auf Komplikationen zu deuten. Solche, die nach klinischer Heilung noch wochenlang positive Seroreaktionen hatten, rezidivierten plötzlich, unerwartet. Wenn Fälle am Ende der klinischen Behandlung negativ geworden waren, blieben sie auch nach mehrmonatiger Kontrolle rezidivfrei. Allgemein galt für richtig, daß Fälle mit positiven Reaktionen trotz klinisch negativer Erscheinungen zu Weiterbehandlung, mindestens Weiterbeobachtung aufforderten. — Vakzinebehandlung ruft, und das muß besonders betont werden, auch bei Nichtblennorrhoikern eine positive Seroreaktion hervor. Diese positiven Reaktionen hielten oft monatelang an. — Komplikationen der Blennorrhoe machen positive Reaktionen, so Epididymitis, Prostatitis, terminale Hämaturie, Bartholinitis, Iritis, was für die Differentialdiagnose von großer Bedeutung ist. — Über Blennorrhoe bei Frauen ließ sich noch kein einheitliches Urteil bilden. — Chronische Blennorrhoe bei Männern war stets positiv. Ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel bei der Frage: Neuinfektionen oder Rezidiv! 430 nichtvenerische Kontrollfälle bestätigten die Resultate. — Bei Lueskranken scheint „es tatsächlich, daß nur solche Fälle von Lues mit Gonokokkenvakzinen ohne bestehende Blennorrhoe reagieren, die eine überkomplette positive WR aufwiesen". Über die Verwertbarkeit dieser Tatsache sind die Akten noch nicht geschlossen. D. Simons-Berlin.

Die Reaktion der Komplementbindung als diagnostisches Mittel bei gonorrhoischen Erkrankungen, von Woinow. (Kubanskij Nantschno-Medicinskij Westnik,

Digitized by Google

1928, Bd. 7/8, S. 328.) Eine positive Reaktion tritt in der Regel in der 2.—3. Woche vom Moment der Erkrankung ein, kann aber auch in der ersten Woche geschehen. Bei Komplikationen und Vorhandensein abgeschlossener Herde (Orchitis, Epididymitis, Vaginitis, Vesikulitis) wird die Reaktion der Komplementablenkung bei richtiger Technik und gutem Antigen in 100% der Fälle beobachtet; bei akuter und unkomplizierter Blennorrhoe nur in etwa 50%. Die positive Reaktion ist von entscheidender Bedeutung für die Diagnose zweifelhafter und bakteriologisch nicht bestätigter Erkrankungen. Die negative Reaktion hat bei Vorhandensein einer blennorrhoischen Erkrankung, wie bei Syphilis, nur relative Bedeutung.

A. Jordan-Moskau.

Die diagnostische Bedeutung der Spermakultur bei Gonorrhoe, von Elisarow und Mitukewitsch. (Kubanskij Nantschno-Medicinskij Westnik, 1928, Bd. 7/8, S. 322.) Die Methode der Spermakultur muß in allen diagnostisch zweifelhaften Fällen angewandt werden. Sie weist nicht nur auf den Zustand der Samendrüsen hin, sondern auch auf den Zustand der Harnröhrenschleimhaut, wenn gar keine Absonderung aus der Harnröhre oder nur eine sehr geringe stattfindet. Mit einer einmaligen Untersuchung der Spermakultur darf man sich natürlich nicht begnügen. Vor der Heiratsbewilligung muß bei jedem, der Tripper gehabt hat, eine Spermakultur angestellt werden.

A. Jordan-Moskau.

Zur Diagnose der weiblichen Gonorrhoe mit Hilfe des Kulturverfahrens, von E. Konrad, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1928, Nr. 13, S. 594.) Das Kulturverfahren ist in akuten Fällen der mikroskopischen Diagnose nicht überlegen. Dagegen konnte in vielen chronischen Fällen, in denen selbst zahlreiche mikroskopische Präparate ein negatives Resultat erbrachten (selbst nach Provokation), durch die positive Kultur die Diagnose geklärt werden, desgleichen in solchen Fällen, in denen die Kultur eher ein positives Resultat erbrachte als die mikroskopische Untersuchung. Es scheint dabei die Methode bei der Zervikalblennhorrhoe den Urethralbefunden gegenüber überlegen zu sein. Bei negativem Befund mehrmalige Untersuchungen nach Provokation. Dasselbe gilt bei der Sicherstellung der Heilung. Voraussetzung für den Erfolg mit der Kulturmethode ist richtige Entnahme und die Verwendung eines durchaus zuverlässigen Nährbodens. Im allgemeinen werden sich diese Untersuchungen nur dort erfolgreich anstellen lassen, wo häufig derartige Untersuchungsmethoden geübt werden.

E. Langer-Berlin.

La spermoculture, von M. Gory und A. Jaubert. (Presse méd., 1928, Nr. 25, S. 388.) Die Ergebnisse bei der Nachuntersuchung klinisch Geheilter (750 Spermen) waren: Unter 459 entzündlichen Sekreten war mehr als die Hälfte noch gonokokkenhaltig. Bei 291 normalen Sekreten wurden noch in 5% Gonokokken festgestellt! Aus den Untersuchungen geht wieder hervor, mit welcher Vorsicht in der Praxis die Heilung der komplizierten Blennorrhoe beurteilt werden muß.

H. Lippert-Köln.

Zum Einfluß der Röntgenstrahlen auf Reinkulturen von Gonokokken, von A. Cohn u. M. Levy-Dorn, Inst. „Robert Koch" u. Rudolf-Virchow-Krkhs. (Strahlenther., 1928, Bd. 27, H. 4, S. 746.) Sieben verschiedene Gonokokkenstämme wurden auf Kochblutagar gezüchtet und 24 oder 48 Stunden, oder kurz vor der Bestrahlung ausgesät. Das Laboratoriumsalter der Gonokokkenstämme variierte von einem Jahr bis zu wenigen Tagen. Im ganzen wurden 25 Versuche gemacht. In 12 Fällen erhielten die Kulturen bis 3 HED unter 0,6 Cu. In den 13 weiteren Fällen wurde das Filter fortgelassen. Die Stärke der Bestrahlung erreichte dabei 37 HED. Die Spannung betrug überall 180 KV, Fokus-Platten, Distanz meist 20 cm. Die Versuche ergaben, daß die Gonokokken, trotz ihrer sonstigen Hinfälligkeit, sich ebenso wie andere Mikroorganismen sehr resistent gegen Röntgenlicht verhielten. Nur ein Gonokokkenstamm wurde, ob 24 Stunden oder kurz vor der Bestrahlung ausgesät, von den hohen Röntgendosen jedesmal abgetötet.

E. Kottmaier-Mainz.

b. Pathologie und Klinik

Irrtümer in der Erkennung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten des Mannes, von Wedekind und Gutschmidt, Standortlazarett f. Geschlechtskrankheiten, Stargard i. P. (M. Kl., 1928, Nr. 16, S. 625—627; Nr. 17, S. 665—667.) Für den Dermatologen nichts Neues.

A. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Gonorrhoische Harnröhreninfektion bei Amputatio penis, von J. K. Mayr. Univ.-Polikl. f. Haut- u. Geschlkrkht. München. (M. m. W., 1928, Nr. 18, S. 788.) Der in der Überschrift angegebene Fall betrifft einen 62jähr. Kranken; auf die forensische Bedeutung wird besonders hingewiesen. W. Cohen-Dresden.

Gonorrhoea in Children — Vulvo-Vaginitis (Gonorrhoe bei Kindern — Vulvo-Vaginitis), von David Lees. (Edinb. Med. J., 1928, Bd. 35, Nr. 5, S. 61—84.) Da die Bartholinischen Drüsen noch nicht entwickelt sind, erkranken sie nicht, hingegen wird die Harnröhre in akuten Fällen fast regelmäßig ergriffen, das Rektum in dem Material des Verf. nur bei 2,7%, bei anderen viel häufiger. In zweifelhaften Fällen ist die Kultur zu Hilfe zu nehmen. In chronischen rezidivierenden Fällen ist auf Herde im Rektum und der Zervix (Untersuchung mit Urethroskop-Tubus) zu fahnden. Nach Schwinden der klinischen Erscheinungen können doch noch Infektionskeime vorhanden sein. Folgeerscheinungen im erwachsenen Alter wurden nicht beobachtet. Zur Verhütung weiterer Erkrankungen sollen erkrankte Kinder frühestens 3 Monate nach Beginn der Behandlung wieder zur Schule gehen. Die Behandlung erfordert sofortige Isolierung des erkrankten Kindes, und wenn irgend möglich Krankenhausaufnahme. In akuten Fällen heiße alkalische Sitzbäder mit Zusatz milder Desinfizientien; Auswaschen der Vagina mittels Glaskatheter mit Pikrinsäure ¼—½% in Glyzerin; andere Mittel können abwechselnd damit angewendet werden, es ist sogar gut, wöchentlich zu wechseln. Für die Harnröhre medikamentöse Bougies, für das Rektum entsprechende reinigende Spülungen und Bougies. Die Spumanpräparate sind zu empfehlen. Es kommt weniger auf ein etwa besonders wirksames Antiseptikum oder die Konzentration als auf das Lösungsmittel (Glyzerin) und die sorgfältige Art der Anwendung an.

E. Levin-Berlin.

Renal Abscess Following Gonorrhoea (Nierenabszeß im Gefolge von Gonorrhoe), von J. K. G. Way. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3512, S. 716.) Ein 19jähr. Matrose, mit gonokokkenhaltigem, eitrigem Ausfluß aus der Urethra zeigte trotz angemessener Behandlung und Bettruhe nach 8 Tagen eine druckempfindliche Schwellung in der linken Lendengegend. Inzision, nach weiteren 3 Wochen in Narkose ausgeführt, entleerte aus der stark dilatierten Niere ungefähr 1 Liter Eiter. Derselbe enthielt Gonokokken; andere Mikroorganismen konnten auch im Kulturversuch nicht nachgewiesen werden. Heilung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Trachom (ägyptische Augenentzündung) mit besonderer Berücksichtigung der Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen und der Schwimmbad-Konjunktivitis, von A. Siegrist. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 10, S. 257—266.) Das Trachom, die Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen und die Schwimmbadkonjunktivitis stimmen in ihrem klinischen Bilde so weitgehend überein, daß ihre Unterscheidung oft kaum möglich ist; sie zeigen auch alle drei bakteriologisch die Einschlußkörper, die zuerst beim Trachom von Prowazeck nachgewiesen worden sind. Diese werden jetzt mit großer Wahrscheinlichkeit als die Erreger der Krankheiten angesehen, wenn auch der schlüssige Beweis mangels Reinkultur und Tierexperiment noch nicht geliefert werden konnte. Der Verlauf zeigt jedoch, daß die 3 Krankheiten nicht identisch sind; man kann das so erklären, daß trotz der morphologischen Übereinstimmung des Erregers biologisch Unterschiede bestehen, die sich herausgebildet haben, nachdem die Übertragung der ursprünglich an den Genitalien lokalisierten Einschlußkörper auf das Auge zustande gekommen war. Die Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen, die sich klinisch von der durch Gonokokken hervorgerufenen unterscheidet und einen gutartigeren Verlauf als diese zeigt, wird von Müttern übertragen, die an Urethro-Vaginitis mit Einschlüssen leiden. Gleiche Urethritiden sind auch bei Männern gefunden worden, und durch Urinieren derartiger Personen in das Badewasser scheinen Infektionen des Wassers und Übertragungen auf Personen zustande zu kommen, die in ihm mit offenen Augen schwimmen, wodurch es dann zur Entwicklung der Schwimmbadkonjunktivitis kommt. Das eigentliche schwere Trachom beruht auf Infektionen mit jahrhundertealten Augenstämmen.

E. Levin-Berlin.

e. Therapie

Spezielle Fragen in der Gonorrhoetherapie, von A. Perutz. (W. kl. W., 1928, Nr. 15, S. 534.) Fortbildungsvortrag.

Die moderne Therapie der männlichen unkomplizierten Gonorrhoe, von

Digitized by Google

R. O. Stein. (W. m. W., 1928, Nr. 18, S. 567.) Fortbildungsvortrag. Für den Dermatologen nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Die Behandlung der akuten Gonorrhoe unter Berücksichtigung „psychischer Indiosynkrasien", von R. Bussmann. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928. Nr. 3, S. 114.) Verf. veröffentlicht auf Grund 18jähriger Erfahrung eine der „naturheilkundigen" ähnliche Behandlungsmethode „ohne Gifte" und empfiehlt sie für solche Fälle, die „lieber krank bleiben wollen als mit Giften behandelt werden". Hauptsache ist eine bestimmte Diät (anfangs 2½ Liter Milch pro Tag, dazu mit Öl oder saurer Milch bereitete Salate), später nach Besserung laktovegetabile Kost unter Fortlassung aller Genußgifte, möglichst viel Bettruhe, Sitzbäder und, in zwar nicht allen Fällen, Spülungen der Harnröhre nach jedem Harnlassen mit einfachem Wasser, anfangs warm, dann lau. Wenn der Patient einwilligt, auch Medikamente nach homöopathischen Grundsätzen. Die wenigen so behandelten Fälle verliefen alle ohne jede Komplikation und dauerten 2½—4—6 Wochen (längstens), auch wenn das eine oder andere Mittel nicht benutzt werden konnte, wie Medikamente, Spülungen, Bettruhe, Sitzbäder. D. Simons-Berlin.

Über das Antigonorrhoikum Transargan, von H. Freudenthal, Kaiser-Franz-Joseph-Amb. u. Spit., I. Abt. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 11, S. 366.) Empfehlung als Antigonorrhoikum mit guter Tiefenwirkung und dem Vorteil, daß die Anwendung eine sehr saubere ist. E. Langer-Berlin.

Intravenöse Gonoflavintherapie bei Gonorrhoe, von H. Nagell und J. Langhans, Univ.-Hautkl. Rostock. (M. m. W., 1928, Nr. 14, S. 609.) Im Gegensatz zu Buschke und Langer sahen Verff. bei frischem unkompliziertem Tripper mit der intravenösen Gonoflavintherapie gar keinen günstigen Einfluß auf die Infektion. Es wird vor der Behandlung wegen der möglichen Nebenerscheinungen vorläufig gewarnt. H. Lippert-Köln.

Traitement de la blennorhagie chronique par la dilatation gazeuse, méthode Maisler (Behandlung des chronischen Trippers durch Gasdilatation nach der Methode von Maisler), von Bizard und Maisler. (J de méd. de Paris, 1928, Nr. 16, S. 313 bis 314.) Die Methode besteht darin, daß durch einen Instillationskatheter, der möglichst an die im besonderen erkrankten Stellen herangebracht wird, eine oxydierende Substanz (Néol), sodann eine 10%ige Protargollösung eingespritzt wird, während der Kranke das Orificium urethrae fest um den Katheter zusammenhält. Der Stempel der zu verwendenden 2 ccm-Spritze wird dann mehrmals hin und her bewegt, bis der gebildete Schaum zwischen Katheter und Orifizium hervordringt. Durch die Gasbildung wird das Medikament in alle Buchten und Nischen hineingebracht. Schmerzen sind mit der Behandlung kaum verbunden, die Sitzungen können täglich stattfinden. Es wurden damit schnelle Besserungen erzielt.
E. Levin-Berlin.

Traitement du rhumatisme blennorragique par les composés arsenicaux organiques (Behandlung des Tripperrheumatismus mit organischen Arsenpräparaten), von J. D. (Presse méd., 1928, Nr. 26, S. 412.) Verf. führt 3 Fälle von schweren blennorrhoischen Arthritiden an, die der Behandlung mit Vakzine und Proteinkörper trotzten; nach 4—6 Injektionen von Sulfarsenol komplette Heilung. Jedoch ist die Arsentherapie ohne jeglichen Einfluß auf die vorhandene Urethritis gonorrhoica.
D. Abel-Lörrach.

Gonorrhoebehandlung mit Malaria, von F. Beyer, Int. Abt. Allg. Öffentl. Krkh. in Sternberg. (M. Kl., 1928, Nr. 16, S. 619—622.) Zur Beseitigung des akuten Trippers waren im allgemeinen 8, zu der der chronischen nur 5 Fieberanfälle erforderlich. Überimpft wurden 3½—6 ccm Blut; zu der ersten Überimpfung war das Blut eines mit Malaria behandelten liquorpositiven Paralytikers benutzt worden. Mit den Fieberanfällen tritt eine stete Abnahme der Leukozytenzahl ein, dabei schon in den ersten Tagen Zunahme der Mononukleären um ungefähr 25%, was als Zeichen gelungener Impfung angesehen werden kann. Der Fluor der Patientinnen wird zunächst dünnflüssig, dann krümelig, schwach sauer riechend, um schließlich in das fast geruchlose, normale, schleimige Genitalsekret überzugehen. Im mikroskopischen Bilde treten mit jedem Fieberanfalle die Eiterzellen gegen die Epithelien zurück, die Gonokokken werden durch Diplobakterien und Döderleinstäbchen ersetzt. Die auf der Höhe der Gonokokkeninfektion ausgesprochen alkalische oder neutrale Reaktion zeigte nach dem dritten oder vierten Schüttelfroste einen Umschlag in eine

Digitized by Google

saure Reaktion von allmählich zunehmendem Grade; zwischen der Säurereaktion und der Gonokokkenfreiheit besteht ein direktes Verhältnis. E. Levin-Berlin.

Treatment of Gonorrhoea in Women by Swabbing with Mercurochrome and Flavine (Die Behandlung des Trippers der Frau mittels Austupfens mit Merkurochrom und Flavin), von R. S. S. Statham. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3508, S. 544.) Sehr gute Resultate mit folgender Methode: Vagina mit schwacher Borlösung gut ausgespült, alsdann unter ausgiebiger Dilatation mit einem gefensterten Cascascher Spekulum Scheide und Zervix mit einer 1%igen Merkurochromlösung ausgewischt in Urethra und Blase ein kleines Quantum der Lösung injiziert, die man nach einigen Minuten wieder ablaufen läßt. Tägliche Behandlung. Falls die Gonokokken sich als besonders refraktär erweisen, wird eine Woche lang mit Trypaflavin (1:1000) nach der gleichen Vorschrift verfahren. Definitive Heilung, wenn nach drei aufeinanderfolgenden Menstruationen Abstriche von Zervix und Urethra der nunmehr nicht mehr behandelten Patientin mikroskopisch und kulturell negativ sind und 3 Monate später die Untersuchung ebenfalls negatives Resultat ergibt. Definitive Heilung bei der Mehrzahl der Fälle in 28 Tagen, der langwierigste Fall war nicht länger als 100 Tage in Behandlung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beiträge zur klinischen Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, von G. Dóczy, Univ.-Hautkl. Debreczen. (W. kl. W., 1928, Nr. 2, S. 64.) Zusammenfassung der an der Universitätsklinik zu Debreczen geübten Behandlungsmethoden, von denen sich die meisten nicht von den allgemein üblichen unterscheiden. Interessant ist das gute Urteil über Trypaflavin bei Rektumblennorrhoe als Spülung, und akuter Harnröhrenblennorrhoe intravenös; die mittels Ureterkatheter in die Portio gegebene Vakzine (nach Buccura) bei hartnäckigen Endometritiden; die Versuche von Hormontherapie bei schweren andauernden Adnexerkrankungen; und die Erfolge von Autovakzine aus Kulturen, die auf gekochten Blutagarnährböden gezüchtet waren. Bei mit Lues komplizierten Fällen kein Erfolg, trotz Rekurrensinokulation nach 4—5 Attacken mit 40° Fieber: positiver Gonokokkenbefund. Mit Malariakur wurden von 4 Fällen drei geheilt. Diathermie allein wird abgelehnt. D. Simons-Berlin.

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

Hypophysenvorderlappen und Genitale, von K. Ehrhardt, Univ.-Frauenkl. Frankfurt a. M. (M. m. W., 1928, Nr. 18, S. 785.) Bestätigung der von Zondek und Aschheim bei der infantilen Maus erzielten Versuchsresultate an der infantilen Ratte unter Beifügung einiger Mikrophotogramme. Klinisch-therapeutische Resultate sollen demnächst bekanntgegeben werden. M. Cohn-Dresden.

Über einen Fall von Hypogenitalismus, von J. S. Galant-Moskau. (Virch. Arch., 1928, Bd. 267, H. 3, S. 648.) Verf. beobachtete bei einer 23jährigen Bäuerin, die ihr zweites Kind gerade geboren hatte, einen Hypogenitalismus. Außer Skrofulose und Typhus keine Erkrankungen früher. Mit 19 Jahren erst Beginn der Menses, ebenso waren bei ihrer Mutter und ihren Schwestern die Menses erst mit 19 Jahren erschienen. Pat. hat ein flaches „hypoplastisches" Gesicht, der Hals ist lang und dünn, am flachen, breiten, kurzen Brustkorb hebt sich der vorspringende zweite Rippenring hervor (Asthenie). Die Arme sind muskulös und fettarm, wie der ganze Oberkörper, während der Unterkörper im ganzen sehr reich an Fett ist. Das Becken ist echt weiblich, mit typischen Fettgrübchen und Michaelisscher Raute. Brustdrüsen gut entwickelt. Die äußeren Geschlechtsteile weisen Zeichen von Infantilismus auf. Die terminale Behaarung entspricht der Schambehaarung eines sich der Geschlechtsreife nähernden Mädchens, der ganze Körper sonst frei von Haaren, nur eine Andeutung von Behaarung in den Achselhöhlen. Die Körpermessungen ergaben nichts für die Beurteilung des Falles Verwertbares. Gemütswesen normal. Geschlechtsgefühl normal.
A. Rosenburg-Mannheim.

Über Geschwulstbildung der Keimdrüsen bei Pseudohermaphroditismus femininus externus, von E. Cordes, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Bruns' Beitr. z. kl. Chir., 1928, Bd. 142, H. 4, S. 872.) Beschreibung eines Falles von Pseudohermaphroditismus femininus externus bei einem 14jähr. knabenhaften Individuum, dessen äußere Genitalien ganz den Eindruck einer männlichen Hypospadie mit rechtsseitigem inguinalem, linksseitigem abdominalem Kryptorchismus machten. Das kleine, aber ziemlich normal gebaute, scheinbar männliche Glied trug eine deutliche Glans; das Orificium urethrae

Digitized by Google

mündete zwischen dem mutmaßlich gespaltenen Skrotum, das wegen seiner Größe und Faltigkeit nicht als Labium majus imponierte. Erst die Operation ergab durch das Vorfinden innerer weiblicher Genitalien, daß es sich um einen Pseudohermaphroditismus femininus externus handeln mußte. Auch der durch die Operation entfernte Tumor war wahrscheinlich als ein karzinomatöses Ovarium anzusehen. B. Peiser-Berlin.

Klinische Beiträge zur Kenntnis der Sexualhormone, von H. Küttner, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Bruns' Beitr. z. kl. Chir., 1928, Bd. 142, H. 3, S. 517.) Verf. teilt einige Fälle mit, die an der Breslauer chirurgischen Klinik im Laufe einiger Jahre beobachtet wurden: 1. halbseitige Skrotalbehaarung und sehr rascher Eintritt der Pubertät bei einem 11jähr. Knaben nach einseitiger Orchidopexie mit Durchtrennung der Samenstranggefäße; 2. feminine Umwandlung mit angeblich vermehrter Libido und Potenz nach doppelseitiger Kastration wegen Sarkoms beider retinierter Hoden; 3. operative Feststellung männlichen Geschlechts bei einer standesamtlich als Frau eingetragenen Person mit weiblichem Genitalhabitus, welche Antrag auf Anerkennung des männlichen Geschlechts gestellt hatte; 4. operative Feststellung weiblichen Geschlechts bei einer als männlich standesamtlich eingetragenen Person mit männlichem Geschlechtshabitus. Ovarialkarzinom im Alter von 15 Jahren; 5. operative Klärung eines zweifelhaften äußeren Genitalbefundes bei einem fast 16jähr. Knaben ohne sichere sekundäre Geschlechtsmerkmale; 6. Verkennung des männlichen Geschlechts bei einem Achtzehnjährigen mit Hypospadia perineoscrotalis; 7. Pubertas praecox, Hermaphroditismus masculinus externus (?) bei einem 4jähr. Kinde; 8. Pubertas praecox und Osteogenesis imperfecta bei einem 7jähr. Kinde; 9. abnorme Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale bei einem 11jähr. Mädchen. Ferner zwei Fälle, bei denen wegen Perversität auf gerichtsärztlichen Rat hin die Kastration ausgeführt wurde, und zwar einmal mit und einmal ohne Erfolg. Außer diesen ausführlich mitgeteilten Fällen gibt K. noch einige Bilder von eunuchoidem Habitus bei Männern und virilem Habitus bei einem 20jähr. Mädchen.
A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Die hormonale Sterilisierung des weiblichen Tierkörpers, von L. Haberlandt-Innsbruck. (W. kl. W., 1928, Nr. 16, S. 553.) Das Corpus-luteum-Hormon reguliert die Menses. In der Gravidität wuchert das interstitielle Bindegewebe des Eierstocks und verdrängt die Follikel. Verabreicht man solche Eierstockssubstanz trächtiger Tiere anderen Tieren, so tritt längere Zeit Sterilität ein. Die Wirkung tritt bei Injektionsbehandlung, in schwächerem Maße aber auch bei oraler Darreichung ein. Ein gleiches Hormon ist in der Plazenta und neuerdings im Urin von Schwangeren gefunden worden.
H. Lippert-Köln.

Der inkretorische Einfluß der männlichen Geschlechtsdrüse auf Empfängnis und Schwangerschaft. Zugleich ein Beitrag zur Frage des Antagonismus der Gonaden, von W. Reiprich, Univ.-Frauenkl. Breslau. (M. Kl., 1928, Nr. 19, S. 728—732.) Durch Überpflanzung der männlichen Keimdrüse auf das Weibchen bei Kaninchen und Mäusen wurde die Konzeptionsmöglichkeit für eine gewisse Zeit völlig verhindert, unter Umständen ließen die fast viril gewordenen Weibchen eine Kopulation gar nicht zu. Wurde die Implantation bei trächtigen Tieren innerhalb der ersten Hälfte der Tragzeit ausgeführt, so kam es zu einer Unterbrechung der Gravidität mit trockener Rückbildung und Resorption. Es handelt sich also um eine relativ antagonistische Wirkung. Ein Versuch, mit einem künstlichen Testikelhormon beim Menschen eine Unterbrechung der Schwangerschaft zu bewirken, mißlang.
E. Levin-Berlin.

Seltene Mißbildungen des Nebenhodens, von W. Rieder, Chir. Univ.-Kl. Hamburg-Eppendorf. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 11, S. 646.) Zwei Fälle von Hemmungsbildung bei der Herniotomie gefunden. In dem einen Fall fehlte der Nebenhoden. An seiner Stelle fanden sich in der Bruchsackwand viele kleinere aufgefaserte Gänge, die direkt in den Kopf des normal großen Hodens übergingen. In dem anderen Fall fehlte der linke Nebenhoden und die gleichseitige Samenblase. In der Wand des offenen Proc. vaginalis fanden sich vier dickere Kanäle, die nach unten unmittelbar in den normal großen Hoden übergingen, während sie nach oben in zwei Ausführungsgänge mündeten, die sich zu einem ausgesprochenen Ductus deferens vereinigten; dieser Ductus deferens endigte jedoch blind etwa 4 cm unterhalb des Leistenbandes. F. Landauer-Berlin.

Persistierende Müllersche Gänge im Bruchsack von Inguinalhernien bei Männern, von A. Hilse-Riga. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 1, S. 129.) 1. Mann von 52 Jahren, unverheiratet, linksseitige Hydrozele und rechtsseitige angeborene Inguinalhernie mit Kryptorchismus. Beim Eröffnen des Bruchsackes fand sich innen neben dem Vas deferens ein federkieldicker Strang, aus einem Bündel dicker Fäden bestehend

Digitized by Google

und von gelblicher Farbe. Dieser wurde unterbunden und abgetragen und erwies sich als der obliterierte Müllersche Gang. 2. 32jähr. Mann, ohne Bartbehaarung und mit nur spärlichem Schnurrbart, grazilem Bau und Kastratenstimme, Libido sexualis schwach. Pollutionen, unverheiratet. Der Hoden trat erst im Laufe des Beobachtungsjahres herunter. Auch hier fand sich ein bleistiftdünner Strang, der 4 cm lang vom inneren Leistenring, von Peritoneum überzogen, zum Hoden hinzog. Der Hauptstrang wies ein Lumen auf, Abtragen mit dem Kauter nach Unterbindung. Bassini. Dieser Strang hatte mikroskopisch mehr vom Uterus der Neugeborenen (Krause).

A. Rosenburg-Mannheim.

Über die Rolle der Diathermie in der Urologie, von D. Egyedi-Budapest. (Orv. Ujsag, 1928, Nr. 9 [ungarisch].) Die Diathermie ist in der Form der Koagulation bei der Behandlung der benignen Geschwülste der Blase und der Harnröhre unser souveränes Mittel, wenn die Geschwulst nicht zu groß ist und wenn der Zustand der Blase bzw. der Harnröhre die Manipulation mit Instrumenten gestattet. Die Elektrokoagulation ist auch für die Behandlung von Blasengeschwüren und Varizen geeignet, wenn es sich um selbständige Erkrankungen und nicht um Teilerscheinungen irgend eines anderen Leidens handelt. Maligne Geschwüre kommen nur dann zwecks Koagulationsbehandlung in Betracht, wenn ihre radikale Exstirpation mittels Sectio alta nicht möglich ist. Bei chronischen Entzündungen der Harnröhre, der Prostata, der Vesiculae seminales und des Hodens ist die Diathermie zwar wirkungsvoll, macht aber andere Verfahren nicht überflüssig.

K. v. Berde-Szeged.

b. Penis, Urethra, Blase

Trockene Gangrän der Glans penis im Kindesalter unter den Erscheinungen einer Spontanamputation, von A. Dassel, Chir. Abt. Städt. Krankenanst. Barmen. (D. Zschr. f. Chir., 1928, Bd. 209, H. 1/2, S. 110—117.) Bei einem 5jährigen Knaben wurde eine vollkommen trockene Gangrän der Glans mit Spontanamputation beobachtet. Der Fall wird so erklärt, daß bei einer im Alter von einigen Monaten von anderer Seite anscheinend wegen Phimose vorgenommenen Operation bei Lösung des Präputialsackes eine zirkuläre Verletzung des Sulcus coronarius erfolgt ist. Im Anschluß an diese entwickelte sich eine keloidartige, ringförmige Narbe, die durch chronische Strangulation der Glans die Gangrän und Amputation herbeiführte.

E. Levin-Berlin.

Zur Frage der sporadischen Elefantiasis der männlichen Geschlechtsorgane, von Strunnikow. (Kubanskij Nantschno-Medicinskij Westnik, 1928, Bd. 7/8, S. 169.) Das Bemerkenswerte an dem beschriebenen Fall von Elephantiasis penis et scroti war, daß die Krankheit sich bei dem 26jähr. Mann im 16. Lebensjahr ohne nachweisbaren Grund zu entwickeln begonnen hatte und daß die Elefantiasis des Penis über diejenige des Skrotums prävalierte. Heilung durch Operation.

A. Jordan-Moskau.

Urethritis saccharomycotica?, von K. Preis und A. Forró-Budapest. (W. kl. W., 1928, Nr. 7, S. 235.) Massige, von Saccharomyzeten durchsetzte, fibrinöse Membranen in der Harnröhre eines luetischen Diabetikers. Abheilung durch antiluetische Behandlung, nachdem Zucker geschwunden.

D. Abel-Lörrach.

Über Harnröhrensteine, von P. Siwon, Chir. Univ.-Kl. Bonn. (Bruns' Beitr. z. kl. Chir., 1928, Bd. 142, H. 3, S. 499.) Besprechung der Literatur und Theorie der Entstehung von Harnröhrensteinen. Bei einem 7jähr. Knaben mit Spina bifida und Coxa vara bestand seit 3 Jahren nach einem Unfall Inkontinenz mit Schmerzen in der Dammgegend. Durch Sectio alta wird ein 12 g schwerer Phosphatstein aus einem mandelförmigen Divertikel der Pars prostatica entfernt. Bei einer Urethrozystographie nach einem Jahr ist die längliche Höhle im prostatischen Teil noch sichtbar; Kontinenz ist gebessert.

A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Le traitement des cystites tuberculeuses (Die Behandlung der tuberkulösen Zystitis), von Ch. David. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 18, S. 354—357.) Die meist sekundäre Erkrankung der Blase kann durch Entfernung des primären (in der Niere gelegenen) Herdes günstig beeinflußt werden. Zur direkten Behandlung empfehlen sich Instillationen von Methylenblau (5—10 ccm einer 1%igen Lösung), Lipojodol (10—1 ccm) alle 2 Tage, intravenöse Einspritzungen von Trypaflavin. Sehr wirksam sind allgemeine und örtliche Höhensonnenbestrahlungen, in sehr hartnäckigen Fällen kann man Elektrokoagulation, antituberkulöse Vakzine versuchen. Verweilkatheteter wird meist nicht vertragen. Als ultimum refugium kommen chirurgische Eingriffe zwecks Ableitung des Urins in Betracht.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Foreign Body in the Bladder Causing Calculus Formation (Fremdkörper in der Blase als Ursache von Konkrementbildung), von J. Mc Fadzean. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3511, S. 665.) Kasuistik. Inkrustierte Haarnadel. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von spontaner Harnblasenruptur, von N. V. Jilow, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Wladiwostock. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 15, S. 780.) 40jähr. Mann erkrankte nach reichlicher Flüssigkeitsaufnahme plötzlich mit heftigen Schmerzen im Unterleib und der Unmöglichkeit Urin zu lassen. Objektiv schwerkranker Gesamteindruck, im Abdomen oberhalb des Poupartschen Bandes Dämpfung, die Katheterisation ergibt nur einige Tropfen blutiger Flüssigkeit. Bei der Operation findet sich ein großer intraperinealer Riß der Harnblase im Oberteil der Hinterwand. Keine Steine, kein Tumor oder dergleichen. Etagennaht der Blase, Heilung. F. Landauer-Berlin.

Vesical Bilharzia, Double Infection (Bilharzia der Blase; Doppelinfektion), von M. Khalil-Kairo. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3508, S. 546.) Die gleichzeitige Infektion der Harnwege mit S. haematobium und mit S. Mansoni gilt als ein sehr seltenes Vorkommnis. K. hat aber schon bei früherer Gelegenheit über Beobachtungen über 50 mit Eiern von S. Mansoni infizierten Patienten berichtet, von denen 48 zugleich S. haematobium beherbergten. Bei der Untersuchung von 7090 Personen fand sich eine Bilharziainfektion der Harnwege bei nicht weniger als 2775 = 38,9%. Im Darminhalt fand sich das S. Mansoni bei rund 50% dieser Serie und das S. haematobium bei 0,9% der Untersuchten. A. Philippi-Bad-Salzschlirf.

Die endovesikale Thermokoagulation (neue Indikation, neue Operationsmethoden und neue Instrumente), von A. Rosenburg-Mannheim. (Erg. d. Chir. u. Orthop., 1928, Bd. 21, S. 271.) Mit Thermokoagulation können endovesikal die großen und mittleren Operationen ambulant ausgeführt werden: Blasenpapillome und Tumoren. Sehr aussichtsreich die Behandlung der Prostatahypertrophie und Erkrankungen des Blasensphinktergebietes sowie intramural sitzender Urethersteine sowie der Steine im zystisch erweiterten vesikalen Ureterenende. Mit verbessertem Instrumentarium wird sich das Indikationsgebiet der Thermokoagulation bald beträchtlich erweitern lassen. M. Cohn-Dresden.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Comportement de l'idiosome au cours de la spermatogenèse chez le lapin (Lepus cuniculus) (Verhalten des Idiosomas im Verlaufe der Spermatogenese beim Kaninchen [Lepus cuniculus]), von J. Hirschler und L. Monné. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 13, S. 1102—1103.) Die Struktur dieses Idiosomas bei den reifen Spermatozyten des Kaninchens zeigt verschiedene Abarten: es ist zusammengesetzt aus dem Golgischen Apparat und dem Vakuom, in dem sich ein Kügelchen findet, das als Akrosoma zu betrachten ist; oder es finden sich in dem Idiosoma zwei Akrosomen oder ein großes und zwei kleine oder vier kleine. Im Verlaufe der ersten Karyokinese der Spermatozyten liegt das Vakuom in der Äquatorial- oder Paräquatorialzone und schließt Akrosomen, ein großes oder zwei große oder zwei große und ein kleines ein; im Verlaufe der zweiten Karyokinese der Spermatozyten ist im Prinzip das gleiche zu beobachten. Die Lage des Golgischen Apparates während der Teilung der Spermatozyten ist noch nicht sicher festgestellt. E. Levin-Berlin.

Die Röntgenbestrahlung der männlichen Genitaltuberkulose, von J. Palugyay, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Strahlenther., 1928, Bd. 28, H. 4, S. 762.) Es wurden 58 Pat., davon 26 vor 3 Jahren, mit kleinen Röntgendosen bestrahlt. Von 19 verfolgten sicheren Fällen von ausgedehnter Hoden-, Nebenhoden-, Samenstrang- und Prostatatuberkulose konnte in 6 Fällen klinische Heilung, in 9 weiteren Fällen dauernder Stillstand erzielt werden. Lokal wurde pro Hodenfeld von vorn und hinten je 2—7% der HED, pro Prostatafeld 10—15% von vorn und von hinten 15—20% der HED auf die Hautoberfläche unter Schwerfilter, 30 cm FHD gegeben. Diese Dosen wurden in Abständen von 7—10 Tagen wiederholt, nach Beendigung der Serie 6 Wochen Pause, dann eventuell Wiederholung. Irgend welche Lokalreaktionen, wie Schwellungen, Einschmelzungen, müssen streng vermieden werden; gegebenenfalls ist die Dosis bis auf Bruchteile von 1% der HED zu reduzieren. Schon Temperaturerhöhungen um wenige Zehntelgrade mahnen zur Vorsicht. Die ungünstigen Erfolge anderer Autoren sind auf die üblichen 40—60% der HED betragenden hohen Röntgendosen zurückzuführen. W. Curth-Berlin.

Ein Hodenteratom mit Metastasen vom Bau des Chorionepithelioms, von W. Saphir, Path. Inst. Krkhs. Wieden, Wien. (Frankf. Zschr. f. Path., 1928, Bd. 36,

Digitized by Google

H. 1, S. 47.) Die mitgeteilte Beobachtung betrifft einen 24jähr. Mann, bei dem sich zunächst eine Hodengeschwulst entwickelte; 2 Monate später traten Beschwerden von seiten der Lunge auf, denen er rasch unter zunehmender Kachexie nach weiteren $2^1/_2$ Monaten erlag. Knapp vor seinem Tode waren innerhalb weniger Tage in der Submaxillargegend, in der Fossa supra- und infraclavicularis, in der Leiste und im rechten M. gastroknemius harte, derbe runde Knoten aufgeschossen. Die Sektion ergab faustgroße derbe Geschwulst des linken Hodens mit dunkelbrauner Schnittfläche. Lunge und Leber von weichen, schwammigen rotbraunen Geschwulstmassen durchsetzt, ebenso die Lymphknoten. Histologisch zeigen sich Zylinderepithelien, synzytiale Protoplasmaklumpen, angeordnet in Hohlräumen mit Auskleidung von mehrreihigem Plattenepithel. Ähnlichen Bau zeigen die Metastasen, hier bereits Nester größerer heller Zellen, morphologisch ähnlich den Langhansschen Zellen. Die überwiegende Mehrzahl der Metastasen ist entstanden durch Verschleppung und Wucherung des Chorionepithels, das eine besondere Wachstums- und Wucherungsfähigkeit aufweist. M. Cohn-Dresden.

Testicular Tumors Simulating Chorio-Epithelioma (Über chorionepitheliomartige Hodentumoren), von S. A. Morton. (Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 1928, Bd. 3, Nr. 11, S. 77.) Zwei Fälle bei einem 23jähr. bzw. 25jähr. Mann. In beiden Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Hodentumors die mikroskopische Diagnose: Chorionepitheliom des Hodens, wobei das histologische Bild genau dem Bilde eines Chorionepithelioms des Uterus entsprach, mit Synzytialmassen, die ohne Mitosenbildungen sich teilen. Es sind in der Literatur nur drei derartige Fälle bekannt, in denen der Hodentumor vergesellschaftet war mit einer Mammahypertrophie mit Kolostrumsekretion. Diese Vergrößerung der Brustdrüsen ging nach Entfernung des Hodentumors zurück. Bei den vom Verf. beschriebenen Fällen wurde eine derartige Brustdrüsenveränderung nicht beobachtet. Diese Chorionepitheliome metastieren sehr schnell und sind sehr malign. A. Rosenburg-Mannheim.

Ein Beitrag zur homoplastischen Transplantation des Hodens im Tierversuch. Die Hodentransplantation und ihre Erfolge im allgemeinen, von R. Demel, I. Chir. Kl. Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 1, S. 1.) Verf. versuchte die Erfolge zu verbessern dadurch, daß das Transplantat auf die beim Überpflanzen notwendige Unterbrechung der Ernährung allmählich vorbereitet und eine rasche Vaskularisierung des Hodentransplantates ermöglicht wird. Die Versuche wurden an 26 ausgewachsenen Ratten ausgeführt, und zwar derart, daß bei zehn Tieren jeweils der linke Hoden nach Unterbindung der Gefäße und des Samenstranges unter aseptischen Kautelen und ohne vorher abzukühlen ausgewechselt wurde, sogenannte Kontrolltiere. Bei den übrigen 16 Tieren (Versuchstiere) wurde die Transplantation in vier Sitzungen durchgeführt, was 7 Wochen in Anspruch nahm. Während nun bei der einzeitigen Überpflanzung das Transplantat innerhalb von 4 Wochen resorbiert wird, so daß am Ende des zweiten Monats kein Hodengewebe mehr zu finden ist, so ist das Transplantat bei der vierzeitigen Transplantation am Ende des fünften Monats erst zur Hälfte resorbiert. Mikroskopisch aber tritt auch bei der letzteren Transplantation eine Desquamation des Samenepithels schon am Ende des zweiten Monats ein; die Köpfe der Samenfäden färben sich nicht mehr, so daß auch hier am Ende des dritten Monats das Transplantat als abgestorben angesehen werden muß. A. Rosenburg-Mannheim.

Vas Ligation for the Prevention of Preoperative and Postoperative Epididymitis (Gefäßunterbindung zur Verhütung von prä- und postoperativer Epididymitis), von J. A. C. Colston-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 7, S. 526.) Da bei Prostataoperationen oft Epididymitis als Komplikation auftritt, hat man die Resektion oder Unterbindung der Samenstranggefäße vor der Operation empfohlen. Verf. führt die Unterbindung in der Weise aus, daß er den Samenstrang durch die Skrotalhaut durchtastet, die Gefäße isoliert und mit Silkwormgut an die Haut fixiert. Die Ligatur wird täglich mit antiseptischen Lösungen betupft und nach 8 Tagen entfernt. Falls keine früheren Entzündungen bestanden, gelingt es immer leicht, den Samenstrang vom umgebenden Gewebe zu trennen. Außer einer geringen Entzündung um den Stichkanal sah Verf. keinerlei Komplikation. Da er eine kleine scharfe Nadel zum Durchführen des Fadens verwendet und so oberflächlich wie möglich fixiert, ist die Unterbindung sogar ohne Lokalanästhesie auszuführen. Verf. empfiehlt daher diese Unterbindung vor allen Prostatektomien auszuführen. M. Hirsch-Frankfurt a. M.

Traitement du varicocèle par les injections sclérosantes (Die Behandlung der Varikozele mit sklerosierenden Einspritzungen), von A. Bacharach-Lyon. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 12, S. 247—250.) Die Behandlung ist jedoch auch hier bei ge-

Digitized by Google

nügender Vorsicht gut ausführbar und von bestem Erfolge, da bei den zahlreichen Anastomosen meist eine einzige Einspritzung genügt. Ist ein sicheres Einführen der Nadel in die Vene möglich, so kann die Einspritzung direkt ausgeführt werden; andernfalls muß die Vene dicht unterhalb des äußeren Leistenkanals freigelegt werden. Bei kleinen Varikozelen werden 5 ccm, bei mittleren und großen 10 ccm einer 30%igen Natr.-salicyl.-Lösung mit Novokainzusatz eingespritzt. Jedes neben die Vene Spritzen ist unbedingt zu vermeiden. E. Levin-Berlin.

Die Vasektomie bei Prostatahypertrophie, von Th. Hühne, Chir. Univ.-Kl. Leipzig. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 11, S. 642.) Während der Behandlung mit dem Dauerkatheter ist die Vasektomie imstande, die Infektion von Hoden und Nebenhoden zu verhindern. Eine Gefahr dabei ist, daß die Kranken unbeobachtet in ein Stadium der Krankheit gelangen können, in dem wegen der inzwischen erfolgten Nieren- sowie Herz- und Gefäßschädigung die radikale Prostatektomie nicht mehr möglich ist. Liegt jedoch eine Gegenanzeige für die radikale Prostatektomie vor und gelingt es nicht, durch andere Methoden die Vorsteherdrüse zur Verkleinerung zu bringen, dann ist die Vasektomie absolut indiziert. F. Landauer-Berlin.

d. Nieren, Ureteren, Harn

Action des substances actives de l'uretère et de la vessie de mammifères (Wirkung aktiver Substanzen des Ureters und der Blase bei Säugetieren), von W. van Slijpe. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 11, S. 874—877.) Im Ureter des Meerschweinschens findet sich eine auf die Blase dieses Tieres wirkende Substanz. Extrakt von Hundeureteren zeigte eine zweifelhafte Wirkung auf den Ureter des Hundes. E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale

Präventivverkehr als Ursache schwerer Kolpitis (Colpitis pseudogonorrhoica acuta ex coitu condomato), von A. Niedermeyer-Görlitz. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 13, S. 833.) Bei einer sonst gesunden 30jähr. Frau zeigte sich plötzlich nach mehrwöchigem Gebrauch eines Kondoms eine intensive Rötung und Schwellung der Vulva. In der Vagina reichlich dicker, gelber Eiter. Rötung der Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen, hochrote, stecknadelkopfgroße Plaques der Vaginalschleimhaut; keine Gonokokken. Man muß annehmen, daß die Kolpitis hier die Folge einer mechanischen oder chemischen Reizung des Kondoms ist, um so mehr als beim Ehemann zuvor eine stark juckende Balanitis mit Schleimhauterosionen im Sulkus aufgetreten war. F. Landauer-Berlin.

Dauerspülungen von Vagina, Vulva und Rektum. Klinische, physiologische und pharmakologische Beobachtungen, von R. Joachimovits und J. Schwarz, Abt. f. Frauenkrkht. Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 7, S. 229.) Konstruktion eines Spülapparates, der Dauerberieselung der Vagina bei gleichzeitiger Spülung der Vulva ermöglicht; Zufuhr und Gefälle der Spülflüssigkeit kann nach Belieben gedrosselt werden. Gute Erfolge bei spezifischen und unspezifischen Vaginitiden, vor allem bei der blennorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder beste Behandlungsmethode. Für die Rektalblennorrhoe wurde ein besonderer Spülapparat konstruiert. D. Abel-Lörrach.

Darstellung des weiblichen Sexualhormons aus dem Harn, insbesondere dem Harn von Schwangeren, von B. Zondek, Univ.-Frauenkl. Charité Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 11, S. 485.) Es ist von außerordentlicher Bedeutung für die Hormonforschung, daß es gelungen ist, im Harn von Schwangeren und von trächtigen Tieren das weibliche Sexualhormon leicht darzustellen. Es kann nunmehr in jeder beliebigen Menge gewonnen werden, die Kostenfrage ist unwesentlich geworden. Die Phasen der Darstellung aus dem Harn sind folgende: 1. Extraktion des gereinigten Harns mit einem Lipoidlösungsmittel (kein Alkohol), um den Harnstoff zu eliminieren. 2. Behandlung des Rückstandes mit Alkali in der Hitze. 3. Aufnahme des Rückstandes in Wasser und Ausschütteln in Äther. 4. Aufnahme des Ätherrückstandes in Aqu. dest. oder verdünnter Essigsäure in der Hitze. Filtrieren. Das Hormon findet sich in dem Filtrat. Die Lösung ist wasserklar, völlig geruchlos. E. Langer-Berlin.

Späte Harnröhrenstriktur bei einem vor 13 Jahren mit Radium behandelten Fall von primärem Scheidenkarzinom, von H. Singer-Budapest. (W. m. W., 1928, Nr. 10, S. 316.) Der Fall ist aus zwei Gründen interessant: 1. Ist es allmählich mit der durch das Radium bedingten Schrumpfung des Bindegewebes des Diaphragma urogenitale zu einer kallösen Strikturbildung in der Harnröhre gekommen, die durch

Digitized by Google

vorsichtige Dilatierung mit Hegarstäbchen wieder gut durchgängig gemacht wurde. 2. Handelt es sich um einen der seltenen Fälle von einer anscheinenden Heilung eines Scheidenkarzinoms, noch dazu bei einer damals 22jähr. Frau. Wesentlich ist dabei, daß die damalige Bestrahlung nicht imstande war, den Genitalzyklus irgend wie zu beeinflussen, so daß die Pat. weiter menstruierte und auch einen Partus durchmachte. Es kann natürlich der Organismus noch nach Jahren auf derartige intensive Bestrahlungen mit schweren Schädigungen, wie hier der Striktur, reagieren.

E. Langer-Berlin.

Modifications histologiques du tractus génital fémelle sous l'action de l'hormone du corps jaune (Histologische Veränderungen des weiblichen Genitaltraktus unter der Einwirkung des Hormons des Corpus luteum), von P. Gley. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 11, S. 834—837.) Durch Verfütterung des Hormons des Corpus luteum wird bei Ratten die Brunst unterbrochen. 12 Tage später vorgenommene histologische Untersuchungen der Ovarien, des Uterus und der Vagina ergaben eine Atrophie wie bei kastrierten Tieren. Die Brunst und die Entwicklung des Genitaltraktus hängen von dem Follikulin ab; dessen Bildung wird durch das Hormon des Corpus luteum unterdrückt, wie der nachgewiesene Stillstand in der Bildung Graafscher Follikel zeigt. Unter normalen Zuständen folgt der vorübergehenden Hemmung durch das Hormon des Corpus luteum die Reifung eines neuen Follikels und damit die Bildung des anregenden Follikulins.

E. Levin-Berlin.

Ovarian Sarcoma in a Child Associated with Sexual Precocity (Eierstocksarkom bei einem Kinde im Verein mit sexueller Frühreife), von A. H. Southam-Manchester. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3511, S. 661.) Das nicht ganz 3 Jahre alte Kind wurde wegen einer kurz vorher aufgetretenen 3 Tage andauernden Blutung aus der Scheide und wegen einer bei dieser Gelegenheit entdeckten Schwellung in der rechten unteren Bauchseite zur Behandlung gebracht. 28 Tage nach der ersten Vaginalblutung erfolgte eine zweite. Brüste stark entwickelt, desgleichen Behaarung am Mons Veneris. In der Bauchhöhle ein apfelsinengroßer Tumor. Laparotomie. Entfernung eines 225 g schweren Tumors. Rundzellensarkom mit mehreren kleinen zystischen hämorrhagischen Höhlungen, durch welches das ovarielle Gewebe vollständig zerstört worden war. Genesung. Allmähliche Rückkehr zum normalen, kindlichen Typ. Rückbildung der Brüste. Verschwinden der Schamhaare. Nach $2^1/_2$ Jahren Wohlbefinden konstatiert.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Rektum und Anus

Zur Hämorrhoidenbehandlung mit Alkoholinjektion, von B. Eldering, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Köln-Mülheim. (D. m. W., 1928, Nr. 14, S. 569.) Die Alkoholinjektionsbehandlung der Hämorrhoiden ist weder technisch einfacher, noch nimmt sie weniger Zeit in Anspruch als die Kauterisation. Auch die Erfolge sind nicht derart sicher, daß sie als Methode der Wahl gelten kann. Da die Anästhesie durch Einlauf ungenügend ist und eine vollkommene Lokalanästhesie vorgenommen werden muß, ist es zweckmäßiger, die Hämorrhoiden zu kauterisieren, als sie erst durch Ansaugen sichtbar zu machen und dann durch Injektion zu veröden.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Behandlung der Oxyuriasis, von H. Brüning-Rostock. (Fortschr. d. Ther., 1928, H. 8, S. 245.) Die Arbeit stellt eine Befürwortung der Kochschen Wurmkur mit Oxylax dar. Indessen versagt auch diese in nicht wenigen Fällen, wie an dem von Heubner an sich selbst beobachteten Fall gezeigt wird. Außerdem ist der Phenolphthaleinzusatz bei der langen Darreichung des Medikamentes nicht immer unbedenklich. Wir besitzen auch heute noch kein unbedingt zuverlässiges Mittel gegen Oxyuren.

H. Lippert-Köln.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Über Sexualoperationen, ihre biologischen Grundlagen und ihre praktischen Ergebnisse, von B. Slotopolsky, Chir. Univ.-Kl. Zürich. (Kl. W., 1928, Nr. 15, S. 675.) Verf. bespricht ausführlich unter Heranziehung der einschlägigen Literatur den Wert sexual-chirurgischer Eingriffe, wie sie nicht nur als die sogenannten „Verjüngungsoperationen", sondern auch als Kastration, Hodenüberpflanzung bei Hodenverlust, Hodenatrophie, Eunuchoidismus und zur Behandlung der Homosexualität in Betracht kommen. Es empfiehlt sich die Arbeit im Original nachzulesen, da ein Referat alle wesentlichen Einzelheiten nicht erschöpfend bringen kann.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, von W. Kerl, Kl. f. Syphilidol. u. Derm. Wien. (W. m. W., 1928, H. 8, S. 239.) Bringt dem Facharzt nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Neue Bestrebungen zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten, von F. Pinkus. (M. Kl., 1928, Nr. 18, S. 723—724.) Im Anschluß an einen von Fritz Lesser in der Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege gehaltenen Vortrag ist jetzt bestimmt worden, daß in den Berliner Beratungs- und Behandlungsstellen für Geschlechtskrankheiten prophylaktische Mittel den Kranken und Schutzsuchenden zur Verfügung gestellt werden. In Betracht kommen Dublosan für Männer und Frauen, sowie für letztere das von Lesser zusammengestellte, Chinosol und Protargol enthaltende Schutzbesteck „Samariterin". Er fordert ferner eingehende Unterweisung der Prostituierten in der für sie selbst und die Männer in Frage kommenden Sanierungsmaßnahmen. Dieser Weg ist der einzige erfolgversprechende. E. Levin-Berlin.

Über die Mitwirkeng des Kinderarztes bei der Ausführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von A. Buschke und M. Gumpert. (M. Kl., 1928, Nr. 17, S. 682—684; Nr. 18, S. 622—723; Nr. 19, S. 757—760.) Die Ausführung des Gesetzes ist durch die in den einzelnen Ländern und Städten nicht übereinstimmenden Ausführungsbestimmungen erschwert. Mit Rücksicht auf die Verordnung über die mit Gefahren verbundenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist die ausdrückliche Einwilligung des Kranken oder bei Minderjährigen seines gesetzlichen Vertreters einzuholen, bei Minderjährigen auch, wenn sie sonst ihrer Entwicklung nach als selbständig und verfügungsfähig anzusehen sind. Bei Unterbringung von Kindern seitens Behörden oder Heimen muß eine voraufgegangene Syphilisbehandlung mitgeteilt werden. Die Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorgestellen können einen Teil der Geschäfte der Gesundheitsbehörde übertragen erhalten. Die ihnen unterstehenden Waisen- und Pflegekinder, möglichst auch die Pflegeeltern und Mitbewohner sollten auf Geschlechtskrankheiten untersucht werden. Bei neugeborenen geschlechtskranken Kindern sind die Mütter auf die Bedeutung der antenatalen Behandlung hinzuweisen. Fürsorge- und Beratungsstellen müssen miteinander in Verbindung stehen und gegenseitig melden. Die Behandlung der erkrankten Kinder ist am besten von einer zentralen Stelle aus einheitlich zu organisieren. An Tripper erkrankte Knaben gehören zur Durchführung einer ausreichenden Behandlung in ein Krankenhaus; bei kleinen Mädchen ist stets auf Ausflüsse zu achten, zur Diagnose der Gonorrhoe ist unbedingt Gramfärbung zu fordern. Auch das Rektum ist (eventuell mit Spülung) regelmäßig zu untersuchen. Besondere Behandlung der Urethra erübrigt sich; für die Vulvovaginitis Spülungen mit Argentumpräparaten oder Puder, für das Rektum Spülungen mit Protargol oder Protargolstäbchen. Im ganzen ist der Einfluß der Behandlung ein geringer. Abdominelle Komplikationen sind sehr selten. Die Kinder sind noch längere Zeit, auch wenn ihnen bereits der Schulbesuch gestattet ist, nachzuuntersuchen. Erforderlich ist auch fürsorgerisches Nachgehen bezüglich des Infektionsmodus. Die Behandlung erfolgt am besten, auch bei Rückfällen, im Krankenhause. Bei der Behandlung der kongenitalen Syphilis ist das Hauptgewicht auf die Prophylaxe zu legen, die in Behandlung der Eltern besteht. Da eine spermatische Vererbung seitens des Vaters nicht erwiesen ist, handelt es sich im wesentlichen um die Mutter, bei der zunächst bei der Erteilung des Ehekonsenses große Vorsicht am Platze ist. Für die Behandlung kommt Salvarsan nur im Anfang zur Anwendung, später Wismut oder Hg, 5—6 Kuren innerhalb von 3 Jahren, bis zur Ehe Karenzzeit von 4—5—6 Jahren. Bei Graviditāt einer syphilitischen Mutter Behandlung mit Wismut oder Schmierkur; Salvarsan ist abzulehnen, da es in genügender Stärke wegen damit verbundener Gefahr nicht angewendet werden kann, in schwacher Dosis die Gefahren der Anbehandlung mit sich bringt. Frühzeitiger Beginn der Behandlung, Fortsetzung während der ganzen Graviditāt. Zur Aufdeckung der Syphilis Gravider möglichst bei allen klinische und serologische Untersuchung; hierbei ist jedoch mit unspezifischem Ausfall der WR zu rechnen und jedenfalls Sachs-Georgi und Meinicke zur Kontrolle hinzuzunehmen. Die Erfolge der Behandlung während der Schwangerschaft können als gute bezeichnet werden. Für die Feststellung einer Syphilis bei dem Kinde ist die serologische Untersuchung von Wichtigkeit, wenn auch unspezifische Resultate nicht selten vorkommen. In einer großen Zahl von Fällen gibt die röntgenologische Untersuchung einwandfreie Resultate. Bezüglich der definitiven Heilung des Kindes ist große Vorsicht am Platze, frische Syphilis kann sich auch noch nach 3 bis

Digitized by Google

4 Monaten zeigen; gerade die Intensivbehandlung der Eltern kann äußere Erscheinungen bei dem Kinde zunächst zurückdrängen. Die Syphilis des Kindes kann auch zur Aufdeckung der Krankheit der Eltern führen, die stets untersucht werden müssen. Präventivbehandlung von Kindern ohne nachweisbare Krankheitserscheinungen kommt in Betracht, wenn man die vorhergehende Behandlung der Mutter für nicht genügend hält oder die Krankheit bei ihr noch sehr frisch ist. Die Behandlung selbst soll, wenigstens im Anfange, im Krankenhause stattfinden; eine Abortivbehandlung ist nicht angezeigt, da sich die Kinder ja stets in der Sekundärperiode befinden. Eine milde Behandlung hat sich am vorteilhaftesten erwiesen und kann mit Wismut allein durchgeführt werden; im ersten Jahre 3 Kuren, dann noch 1 Jahr hin und wieder, weiter nach Ausfall des serologischen Befundes, besonders einer im 3. Jahre vorzunehmenden Lumbalpunktion. Beobachtung bis zur Pubertät mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. Spirozid ist wegen ungenauer Dosierung und häufiger Nebenwirkungen abzulehnen. Erworbene Syphilis bei Kindern unterliegt denselben Behandlungsprinzipien; nach intensiver Kur kann Schulbesuch gestattet werden bei achttägiger Kontrolle. Bei Spätsyphilis und Syphilis tarda liegt keine Infektionsgefahr vor. Malariabehandlung ist wohl nur bei einigen Fällen von metasyphilitischen Erscheinungen (nicht bei Tabes) indiziert. Bezüglich des Endresultates zeigt die milde, im wesentlichen salvarsanfreie Behandlung bessere Erfolge als die intensive Kur. Für die Diagnose sind Zahnanomalien nur beweisend, soweit sie die oberen mittleren Schneidezähne betreffen, und zwar hier sowohl die Exkavationen wie die Tonnen- und Pfriemform. Eine künstliche Ernährung kann bei syphilitischen Neugeborenen mit sehr gutem Erfolge durchgeführt werden. Die Behandlung soll möglichst an der gleichen Stelle durchgeführt werden, zur Beurteilung der Erfolge ist langdauernde Beobachtung des Materials nötig, die Zusammenarbeiten aller beteiligten Stellen erfordert. E. Levin-Berlin.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Sowjet-Rußland, von N. Messis-Bern. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 14, S. 363—364.) Die große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, besonders der Syphilis in Rußland, war schon in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts festgestellt worden und es fehlte auch nicht an Versuchen der Ärzte, ihre Bekämpfung einzuleiten. Doch mangelte es an Unterstützung durch die Regierung, die erst nach der Revolution sich dieser Bestrebungen annahm. Für die Bereitstellung ärztlicher Hilfe und Durchführung prophylaktischer Maßnahmen wurden Dispensäre in den Städten in dauernd steigender Zahl eingerichtet, die auch außerhalb in Schulen, Werkstätten und auf dem Lande Untersuchungen ausführen. Für das Land selbst wurden vereinfachte ländliche Dispensäre, sogenannte venerologische Stationen und Detachements eingerichtet zu statistischen Erhebungen und Aufklärungsarbeit. Die nötigen ärztlichen Kräfte werden in einem speziellen ärztlichen Institut ausgebildet. Die Organe der Gesundheitsfürsorge sind berechtigt, Personen, die im Verdachte einer Geschlechtskrankheit im ansteckenden Stadium stehen, einer einmaligen oder wiederholten zwangsweisen Untersuchung und Behandlung zu unterziehen. Personen, die sich den Anordnungen der Gesundheitsorgane nicht fügen, können bestraft werden, ebenso solche, die andere Personen angesteckt haben. E. Levin-Berlin.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und des Alkoholismus der Eisenbahnangestellten, von A. Efimow. (Prophylaktitscheskaja Medicina, 1928, Nr. 3.) Von 696278 kranken Eisenbahnangestellten in der Ukraine waren im Jahre 1925 7429, d. h. 10,6‰ venerisch krank, davon 4‰ Syphilitiker und 6,2‰ Blennorrhoiker. Bei spezieller Berücksichtigung der männlichen Bevölkerung erhöht sich die Ziffer auf 16,6‰ oder auf 5,3‰ Syphilitiker und 10,6‰ Blennorrhoiker. In 70% war die Syphilis genital und in 3,3% extragenital erworben. In 13,6% handelte es sich um kongenitale Syphilis und in 13,1% blieb die Infektionsquelle unentschieden. In 42,1% gaben die Kranken an sich bei Prostituierten, in 26% bei Nichtprostituierten, in 19,9% bei der eigenen Frau und in 12% unbekannt bei wem angesteckt zu haben. Der große Einfluß des Alkohols wird ersichtlich, wenn man hört, daß 80,9% der Lokomotivführer Alkoholiker sind und 2,4% derselben Gewohnheitstrinker.

A. Jordan-Moskau.

Über kommunale Eheberatungsstellen, von Reinhardt, Gesundheitsamt Berlin-Schöneberg. (D. m. W., 1928, Nr. 13, S. 531.) Die Notwendigkeit, Eheberatungsstellen einzurichten, ergibt sich schon aus der Tatsache, daß die Beratung in viele Gebiete hinüberspielt, denen sich die bisherigen Fürsorgestellen und die Kassenärzte nicht in genügendem Maße widmen können (Psychiatrie, Vererbungswissenschaft, Konstitution usw.).

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Verschiedenes

Die Bedeutung der Hautkrankheiten im sozialen Leben, von L. Arzt. (W. kl. W., 1928, Nr. 16, S. 559.) Die soziale Auswirkung von Hautkrankheiten wird nach der dreifachen Tätigkeit des Arztes an drei großen Gebieten demonstriert. Es ist das die Behandlung des Erkrankten, die Beratung des Gesunden und Disponierten und die Sorge für Beseitigung von Residuen nach der Heilung. Am Beispiel des Ekzems, des varikösen Symptomenkomplexes und der Mikrosporie wird dies erklärt.

H. Lippert-Köln.

Die Lehre von den Hautkrankheiten vor Hebra, von M. Neuburger. (W. m. W., 1928, Nr. 11, S. 343 und Nr. 12, S. 382.) Kurze interessante Zusammenfassung der wichtigsten Daten aus der Geschichte der Dermatologie bis Hebra. Die Literatur der alten Völker des Orients ist wichtig durch die Besprechung und Beurteilung einer Reihe Symptomenkomplexe, ätiologischer Vorstellungen und Rezepte. Der Einfluß der hippokratischen Lehre und Schule ist für die pathogenetische Gesamtauffassung der Hautkrankheiten grundlegend. Durch die Alexandriner wurde dann die Terminologie und auch die Verordnungsweise gefördert (Celsus). Auch der Einfluß Galens auf die Dermatologie ist von außerordentlicher Bedeutung gewesen vor allem durch seine Einteilung mit extrem humoral-pathologischer Einstellung und durch seinen reichen Therapieschatz. Im Mittelalter erfuhr die Medizin nur durch die arabischen Ärzte eine Förderung, besonders durch die genaue Symptomatik der Lepra, durch das Studium der Krätze, Blattern und Masern, Favus usw. Bis zur Mitte des 15. Jahrhunderts nahm die Lepra alles dermatologische Interesse für sich in Anspruch, dann folgt vom Ausgang des 15. Jahrhunderts ab das Interesse für die Syphilis, aber auch für Skorbut und die exanthematischen Fieber. Im 16. Jahrhundert beginnt dann eine etwas intensivere Beschäftigung mit den ausgesprochenen Hautkrankheiten und ihrer Einteilung. Einen wichtigen Zeitabschnitt im 17. und 18. Jahrhundert stellen die Entdeckung der Krätzemilbe und die Untersuchungen Malpighis dar, der einen anatomischen Sitz der Hautkrankheiten festlegte und auf die Bedeutung der Hautdrüsen und des Kapillarsystems hinwies. Auch die Vereinigung der deskriptiven Methoden mit der ätiologisch-pathogenetischen Betrachtungsweise (Lorry), seine erste Aufstellung des Begriffes der idiopathischen Hautkrankheiten sind Wendepunkte in der Lehre der Hautkrankheiten. Die Rolle, die den verschiedenen Diathesen zugeschrieben wurde, stammt aus der gleichen Zeit. Allmählich gelangte man zu der Aufstellung gewisser fixer Begriffe der Primitivformen der Hautkrankheiten und zu einer Eingliederung der primären Effloreszenzen, die ein steigendes Interesse auch für die bisher sehr vernachlässigte Therapie zur Folge hatte (Willan, Plenck). In den Beginn des 19. Jahrhunderts fällt die Entdeckung verschiedener Pilzformen (Schönlein, Gruby). So war eine Menge noch ungeordneter Vorarbeit geleistet, bis Hebra das Ganze in ein festes, noch heute anerkanntes System fügte.

E. Langer-Berlin.

Anatomie und Physiologie der Haut

Bau und Verhornung der menschlichen Epidermis, von V. Patzelt, Histol. Univ.-Inst. Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 21, S. 663.) Im Rahmen eines Fortbildungskurses gehaltener Vortrag. E. Langer-Berlin.

Über die Ruheströme der menschlichen Haut, von F. Munk und M. Flockenhaus. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1928, Bd. 61, H. 3/4, S. 363.) Bei allen Menschen bestehen zwischen verschiedenen Punkten der Hautoberfläche elektrische Potentialdifferenzen, die rücksichtlich entsprechender Punkte prinzipiell übereinstimmen. Die elektromotorische Kraft der menschlichen Haut wird durch nervöse Störungen der Muskeln ebensowenig beeinflußt wie durch nervöse Erkrankungen der Haut. Die Produktion und Verteilung der elektromotorischen Kraft ist eine selbständige und von den nervösen Vorgängen in der Haut unabhängige Funktion, die durch Temperaturreize aber wesentlich beeinflußt wird. Die Art der Reaktion auf Kältereize und Wärmereize hängt weniger von der absoluten thermischen Wirkung als von der Art des Reizes ab; auffallend stark wirken Luftströme. Witterung, Jahreszeit und Barometerstand spielen dabei eine große Rolle. Innerliche thermische Reize, wie das Trinken von warmem und kaltem Wasser wirken ebenso wie äußerliche Reize. Die Veränderungen der Potentialdifferenzen nach chemischen Reizen zeigen sich auch an Körperstellen, die nicht vom Reize getroffen wurden. Die im Leben bestehende Verteilung der elektromotorischen Kraft an der Hautoberfläche bleibt noch lange

Digitized by Google

Zeit nach dem Tode, auch während der Totenstarre und auch noch im Stadium des Erkaltens nachweisbar. Der Niesakt scheint eine Einrichtung zur Wiederherstellung des bei einer Erkältung gestörten Gleichgewichts der elektromotorischen Kraft der Haut zu sein. F. Winkler-Wien.

Der Konzentrationseffekt an der menschlichen Haut, von W. Bücking, Physiol. Univ.-Inst. Leipzig. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1928, Bd. 59, H. 3/4, S. 448.) Verbindet man zwei Stellen der Haut des menschlichen Körpers ohne äußeren Hilfsstrom mit einem Galvanometer und reizt man den betreffenden Menschen in irgend welcher Form, so kann man einen Ausschlag des Galvanometers feststellen („galvanischer Hautreflex"). Es zeigen sich aber bei gleichen Versuchspersonen beträchtliche Schwankungen des Reflexes, die der Verf. auf den Zustand der Haut zurückführt. Der Verf. bringt verschiedene Elektrolyte (KCl, NaCl, $CaCl_2$, $CeCl_3$, $LaCl_3$ und $ThCl_4$) mit der Haut in Berührung, wobei eine Kontrollstelle unverändert bleibt. Je geringer die Konzentration der Ableitungsflüssigkeit war, desto positiver war im allgemeinen die von ihr benetzte Hautstelle. Mit zunehmender Konzentration fanden sich bei einwertigen Kationen abnehmende Potentialdifferenzen, bei mehrwertigen jedoch nur bis zu einer bestimmten Konzentration. Aus diesen Zusammenhängen lassen sich für die Balneologie Feststellungen machen, deren Bedeutung vorläufig noch abzuwarten ist. F. Jacobsohn-Berlin.

Allgemeine Physiologie

Über den Einfluß des Hypophysenvorderlappens auf den Ablauf der Sexualfunktion, von H. Siegmund, Univ.-Frauenkl. Graz. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 19, S. 1189.) Bei Experimenten an Mäusen ist es dem Verf. nicht gelungen, mittels des Hormons des Hypophysenvorderlappens an der infantilen Maus die ruhende Sexualfunktion in Gang zu bringen. Es gelang nicht, die volle Sexualfunktion und ihren zyklischen Ablauf vorzeitig zu erzwingen. Bei schwangeren Mäusen konnten weder Ovarialhormon noch Vorderlappenhormon ihre brunstauslösende Wirkung auf die Erfolgsorgane entfalten. Durch die Experimente ist es nicht gelungen, Licht in die Frage zu bringen, durch welche Lebensvorgänge oder experimentelle Eingriffe ein infantiler Organismus zum geschlechtsreifen mit voller Sexualfunktion wird.

F. Landauer-Berlin.

Über die Ausscheidung des weiblichen Sexualhormons, von M. Dohrn und W. Faure. (Kl. W., 1928, Nr. 20, S. 943.) Nicht nur im Harn von Mann und Frau, besonders bei Graviden, wird weibliches Sexualhormon ausgeschieden, sondern auch im Kot. Die auf diesem Wege ausgeschiedenen Mengen sind recht beträchtliche. Es wird also vom Blut nicht nur an die Nieren, sondern auch an den Darm das produzierte Hormon abgegeben. E. Langer-Berlin.

Mikroskopische Technik

Über den histochemischen Nachweis des Quecksilbers in den Organen, von E. Christeller u. R. Sammartino, Path.-anat. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1928, Bd. 60, H. 1/2, S. 11.) Almkvists Fixierungsmittel, welches gleichzeitig das Gewebe und das in ihm enthaltene Quecksilber fixiert (Schwefelwasserstoffwasser mit 4% Salpetersäurezusatz. Pikrinsalpetersäure mit Schwefelwasserstoffgas gesättigt) haben Verff. für ihre Versuche dahin modifiziert, daß sie die zu untersuchenden Gewebsstückchen in den Fixierungsgemischen anstatt 8 bis 24 Stunden 2—3 Tage liegen ließen und ferner seinen Fixationsgemischen salpetersaures Zinnchlorür hinzufügten. Mit diesem Verfahren ließ sich Quecksilber nachweisen in Fällen mit reichlicher Quecksilberbehandlung und da, wo zwischen Quecksilberinjektion und Tod ein nicht zu großer Zwischenraum vorhanden war. Als Hauptablagerungsstätten des Hg wie der meisten anderen Metalle ergaben sich das subkutane Injektionsdepot, die Nieren, die Leber, die Lungen, geringere Mengen im Dickdarm, der Milz, Pankreas, Herz und im Zentralnervensystem.

D. M. Loewenstein-Bad Nauheim.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Über den Einfluß von Metallsalzen auf die Entwicklung der Bakterien, von P. H. Andresen-Kopenhagen. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 105, H. 6/8, S. 444.) In zweckmäßiger Weise zu Nährsubstanzen hinzugefügtes Silbernitrat ist imstande, das

Digitized by Google

Bakterienwachstum zu hemmen; diese Hemmung hängt vom Silberion selbst ab, welches um so stärker hemmt, je stärker die Alkalinität der Nährsubstanz ist. In der Mehrzahl der Fälle stellt sich die Hemmung schon nach 24 Stunden ein, in manchen Fällen folgt auf die Hemmung nach zwei Tagen ein Wachstum. Die Hemmung kommt dann zustande, wenn das in der Nährsubstanz vorhandene Silber genügend ist, um innerhalb der ersten 24 Stunden von den Bakterien aufgenommen zu werden. Nährmaterialien mit größeren Mengen organischer Substanzen eignen sich deshalb für solche Versuche nicht. F. Winkler-Wien.

Allergie, Anaphylaxie und Idiosynkrasie in der Dermatologie, von B. Bloch, Derm. Univ.-Kl. Zürich. (Kl. W., 1928, Nr. 23, S. 1067 u. Nr. 24, S. 1113.) Übersichtsreferat über all jene Forschungsergebnisse, die Verf. auf Grund seiner langjährigen experimentellen und klinischen Untersuchungen an anderer Stelle wiederholt ausführlich dargelegt hat. Es sind daher für den Dermatologen zum größten Teil bekannte Mitteilungen. E. Langer-Berlin.

Anfallbereitschaft und Eosinophilie, von A. Uffenheimer, Städt. Kinderkl. Magdeburg. (M. m. W., 1928, Nr. 15, S. 639 u. Nr. 16, S. 697.) Aus systematischen Blutuntersuchungen geht hervor, daß die Eosinophilie des Blutes als Ausdruck einer allergischen Reaktion angesehen werden kann. Zwischen Hauterkrankung und Eosinophilie besteht eine gewisse Gesetzmäßigkeit, indem bei Eintritt einer Besserung die Eosinophilenzahl steigt, bei Verschlechterung die Zahl der Eosinophilen sich erniedrigt. Die Hypereosinophilie wird hervorgerufen durch das Eindringen gewisser Körper in den Organismus durch die scheinbar intakte Haut oder Schleimhaut oder durch Kontinuitätstrennungen dieser Systeme. Die allergieerregenden Stoffe sind sehr zahlreich, und es gelingt meist nicht mit Hilfe der üblichen Tests das schuldige Agens aufzufinden. Auf Grund dieser Vorstellungen redet der Verf. einer guten Körper- und Hautpflege des Säuglings das Wort und empfiehlt das gerbende Lohebad, um die Kontinuitätstrennung der Haut und damit das Eindringen der Allergene in den Körper zu verhindern. Zur unspezifischen Desensibilisierung haben sich ihm nach dem Beispiel Storm von Leeuwens Injektionen von Tuberkulin bewährt. Auch das Hungern scheint die Hypereosinophilie und damit die Anfallbereitschaft zu beseitigen; doch bedürfen diese in den Anfängen stehenden therapeutischen Versuche noch reichlicher Nachprüfung. Th. Lilienstein-Hamburg.

Über willkürliche Sensibilisierung gegen chemisch definierte Substanzen. II. Mitt. Untersuchungen mit Neosalvarsan am Tier (Salvarsanexantheme beim Tier), von W. Frei, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1928, Nr. 22, S. 1026.) An einer großen Versuchsreihe von 60 nach verschiedenen Methoden intrakutan präparierten Tieren ließ sich bei 16—20% eine hochgradige, mit Aufflammungserscheinungen einhergehende Sensibilisierung gegen Neosalvarsan beobachten. Die Inkubationszeit schwankte zwischen 5—6 und 7—8 Tagen. Das Geschlecht und das Gewicht der Tiere spielte dabei keine Rolle, dagegen scheinen die Albinos empfindlicher zu sein. Wesentlich erscheint weiterhin in den Versuchen, daß nicht nur gegen die intrakutane Nachimpfung Sensibilisierung bestand, sondern daß auch die auf intrakutanem Wege hervorgerufene Überempfindlichkeit gegen das Neosalvarsan sich zugleich auch gegen eine hämatogene Zufuhr des Medikamentes richtete, so daß es dabei auch zu ausgedehnten Exanthemen kommen konnte. Durch eine wiederholte Präparierung der Versuchstiere ließ sich der Prozentsatz der sensibilisierten Tiere wesentlich erhöhen. Es gibt also auch beim Experimentaltiere ähnliche individuelle Differenzen wie beim Menschen, und es läßt sich wenigstens vorübergehend auch beim Tier die Überempfindlichkeit durch geeignete Präparierung steigern, so daß sich beim hochsensibilisierten Meerschweinchen in einigen Fällen morbilliforme Exantheme auslösen ließen. Dieselbe Sensibilisierung ließ sich dagegen bei Hunden und niederen Affen gar nicht, bei Kaninchen nur höchst unvollkommen auslösen.
E. Langer-Berlin.

Über die Natur der Allergene. II. Pollen von Dactylis glomerata (Knäuelgras), von L. F. Loeb. (Kl. W. 1928, Nr. 28, S. 1078.) Aus den Versuchen des Verf. ergibt sich, daß das wirksame Prinzip des Pollenextraktes von Dactylis glomerata ein Eiweißkörper ist. Diese Feststellung ließ sich durch folgenden Versuch des Verf. beweisen. Er versetzte den wässerigen Extrakt des Pollens, auf den Heufieberkranke eine positive Hautreaktion gaben, mit konzentriertem Alkohol, wobei ein Niederschlag entstand, auf den die Patienten auch positiv reagierten. Dagegen rief das Filtrat der alkoholischen Fällung keine Reaktion hervor. Ebenso fiel der Ver-

Digitized by Google

such der Impfung negativ aus, wenn man den Alkoholniederschlag der tryptischen Verdauung aussetzte. Es ist also der koagulable Stickstoff ein Eiweißkörper, während sich ein zweites kolloiddisperses Prinzip nicht nachweisen ließ.

E. Langer-Berlin.

Über den Sitz der anaphylaktischen Reaktion, von Th. Ehmer und J. Hammerschmidt, Hyg. Univ.-Inst. Graz. (Kl. W., 1928, Nr. 20, S. 931.) Tierversuche an Mäusen haben ergeben, daß durch eine besondere septische Erkrankung der Maus, bei der es zu einer totalen, aber elektiven Blockade des Gefäßendothels kommt, der anaphylaktische Chok bei diesen Tieren verhindert wird. Es muß also wohl das Gefäßendothel als Erfolgsorgan für den anaphylaktischen Chok in Betracht kommen. Dagegen konnte auch gezeigt werden, daß die primäre Serumtoxizität artfremder Sera nicht am Gefäßendothel angreift. Im Blute derartig infizierter Tiere konnten keine die Auslösung des Choks hemmende Substanzen festgestellt werden.

E. Langer-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Die Dysfunktion der Haut, von J. K. Mayr, Univ.-Kl. f. Haut- und Geschlechtskrankh., München. (M. m. W., 1928, Nr. 25, S. 1063.) Die Haut besitzt drei Funktionen, eine physikalische, eine immunisatorische und eine chemische. Die Beeinflussung des Stoffwechsels durch primäre Hauterkrankungen zeigt sich am deutlichsten bei der Verbrennung. Es zeigten sich im Serum Vermehrung von Eiweißabbauprodukten, ferner Veränderungen der Blutsenkungsgeschwindigkeit, des Hitzekoagulationspunktes u. ä., je akuter und ausgedehnter die Hauterkrankung, desto regelmäßiger die Ergebnisse. Den von anderer Seite festgestellten Einfluß der Hautkrankheiten auf den Salzsäuregehalt des Magensaftes fand Verf. bestätigt bei Fällen, wo er bei gesunden Menschen ein künstliches Erythem durch Höhensonne setzte. Mit Rückgang des Erythems schwand das Salzsäuredefizit wieder. Weniger deutlich verliefen bei künstlichen Dermatitiden und anderen Hautkrankheiten die Prüfungen der Hitzekoagulation im Serum und die Bestimmung der Hämoglobinresistenz. Dagegen ließ sich zeigen, daß der Fermentgehalt des Blutes durch Dermatosen Änderung erfährt. Die Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen bei Dermatosen (Urin, Blut usw.) haben bisher keinerlei Lösung gebracht. Der Nachweis des vermehrten Blutzuckers bei Prurigo, Psoriasis u. a. ist auch nicht zu verwerten, denn es tritt Heilung ein ohne Änderung des Blutzuckergehaltes, und es braucht das Sinken desselben nicht mit Rückgang der Krankheitserscheinungen verbunden zu sein. Von den Untersuchungen des Stickstoffgehaltes ist zu erwähnen, daß sich bei nässenden Ekzemen auffallend hohe Werte von Harnstoff im Blute fanden. Alle diese Stoffwechselveränderungen zeigen nicht eindeutig, daß sie durch die Hauterkrankung ausgelöst wurden. Dies tun aber die Versuche von Kroetz, der durch Kantharidenpflaster Hautentzündungen hervorrief. Die vor und nach Auflegen des Pflasters gemachten Blutanalysen lassen deutliche Änderungen erkennen. Die Blutkörpersenkungsgeschwindigkeit ist bei ausgedehnten Hauterkrankungen oft gesteigert. Die Untersuchungen des Blutbildes zeigen wohl Veränderungen bei Dermatosen, ohne daß sie aber differentialdiagnostisch zu verwerten wären.

A. de Lemos-Hamburg.

Zur Lehre von der Entzündung. III. Mitteilung: Der Kohlenhydratstoffwechsel des entzündeten Gewebes im Initialstadium der Entzündung, von F. Bricker u. F. Suponizka, Med. Inst. Charkow. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1928, Bd. 129, H. 1/2, S. 100.) Bei den Versuchen am Kaninchenohr wurde im venösen Blute des (durch heißes Wasser) entzündeten Ohres mehr Zucker gefunden als im Venenblute des gesunden Ohres, ebenso war es in der Exsudationsgewebsflüssigkeit des entzündeten Ohres gegenüber dem venösen Blute des gesunden Ohres. Der amylolytische Index im Venenblute des entzündeten Ohres ist größer als der im venösen Blute des gesunden Ohres. Die beiden letzten Feststellungen erlauben die Annahme, daß im entzündeten Gewebe eine verstärkte Glykosebildung aus höheren Kohlehydraten vor sich geht. Eine Verbrennung des Zuckers findet meist im entzündeten Gewebe nicht statt, gleichzeitig wird auch der Zucker des arteriellen Blutes vom entzündeten Gewebe nicht resorbiert. Wichtig ist das Alter der Exsudate, die frühestens 30 Minuten nach Beginn der Entzündung, oft auch recht lange Zeit nach derselben zur Untersuchung entnommen wurden.

M. Stern-München.

Digitized by Google

Zur Lehre von der Entzündung. IV. Mitteilung: Der Stickstoffwechsel im Anfangsstadium der Entzündung, von F. Bricker und J. Lasaris, Med. Inst. Charkow. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1928, Bd. 129, H. 1/2, S. 122.) Der Eiweißabbau im entzündeten Gewebe ist ein verstärkter und dieser Abbau durch die verstärkte Bildung initialer Spaltprodukte charakterisiert. Möglicherweise bildet die Anwesenheit dieser Stoffe (Wuchsstoffe) einen der Gründe und Anreize zu den Regenerationserscheinungen, die sehr oft bald nach Beginn der Entzündung auftreten. Die tiefen Produkte der Eiweißmetamorphose bilden sich im entzündeten Gewebe in einer Menge, die nicht der des abgebauten Eiweißes entspricht, sondern in viel geringerer Menge. Tabellarische Übersicht. M. Stern-München.

Zur Lehre von der Entzündung. V. Mitteilung: Azetonkörper im Blute des entzündeten Gewebes, von F. Bricker, Med. Inst. Charkow. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1928, Bd. 129, H. 5/6, S. 285.) Die Azetonkörper wurden im venösen Blute sowohl des entzündeten wie auch des gesunden Ohres festgestellt. Im venösen Blute, welches aus dem entzündeten Ohre abströmt, ist der Gehalt an Azetonkörpern größer als im Blute des nichtentzündeten Ohres. Diese verstärkte Azetonkörperbildung ist bald stärker, bald schwächer ausgeprägt. Die Untersuchung der Dynamik des entzündeten Gewebes hinsichtlich der Azetonkörper zeigt also ebenfalls den Grundcharakter seiner Metamorphose in dem Sinne, daß es im Prozesse des verstärkten Stoffwechsels zur Bildung von Zwischenprodukten kommt, deren Auftreten auf eine unvollständige Oxydation organischer Stoffe zurückzuführen ist.
M. Stern-München.

Le coryza spasmodique équivalent de l'asthme (Krampfartige Koryza, gleichbedeutend mit Asthma), von P. Valléry-Radot, P. Blamoutier und Justin-Besançon. (Presse méd., 1928, Nr. 40, S. 625.) Verff. zeigen, daß krampfartige Koryza und Asthma zwei Krankheitsformen identischer Natur sind, dieselbe Ätiologie und Behandlung haben. Sie wechseln miteinander ab, folgen sich, ergänzen sich. Die Krisen der ersteren unterscheiden sich von denen des Bronchialasthmas nur durch Symptome ihrer Lokalisation. Die krampfartige Koryza ist ein nasales Asthma.
D. Abel-Lörrach.

Klinische Beiträge zur Neurose des vegetativen Nervensystems (Selter-Swift-Feer), von A. Deuber, Kinderspital und Univ.-Kinderklin. Basel. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 21, S. 529—537.) Die Erkrankung schließt sich gewöhnlich unmittelbar an eine katarrhalische grippeartige Infektion der oberen Luftwege an, in deren Rekonvaleszenz sich psychische Störungen einstellen, gefolgt von Bewegungsstörungen, Muskelschlaffheit, Parästhesien, trophischen Störungen der Haut, Schweißausbrüchen mit miliariaähnlichen Hauterscheinungen und heftigem Jucken, Lichtscheu, Darmstörungen, Pulsbeschleunigung und Blutdrucksteigerung. Als neue Symptome werden hier noch spontane Blutungen aus Mund und Nase, diffuse orbitale und episklerale Blutungen beschrieben. Die Krankheit ist als Folge einer Dystonie des vegetativen Nervensystems infolge vielleicht einer toxischen Schädigung desselben durch ein neurotropes Virus aufzufassen. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Anwendung von „funktionellen" Proben in der Dermatologie zum Zweck der Untersuchung des vegetativen Nervensystems und des endokrinen Apparates, von Mgebrow und Morcinis. (Arbeiten des Odessaer Dermato-Venerolog. Instituts, 1927, S. 189.) Verff. berichten über funktionelle Prüfungen bei 42 verschiedenen Hautkrankheiten, welche bald eine Steigerung, bald eine Herabsetzung des vegetativen Nervensystems ergaben. Die Unregelmäßigkeit der Ergebnisse gestattet keine Schlußfolgerungen. A. Jordan-Moskau.

Hautreaktionsversuche mit Helminthesprodukten, von F. K. Cieszynski-Warschau. (Mschr. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 39, H. 1/2, S. 64.) Zu den Versuchen benutzte Verf. als Antigen 1. physiol. Kochsalzlösung, in der vorher gut ausgewaschene Askariden mehrere Tage lebten; 2. einen Alkoholextrakt aus Askariden; 3. einen Ätherextrakt aus Askariden; 4. den Liquor perienteralis der Askaris, mit Kochsalzlösung 1:10 verdünnt. Die intrakutane Injektion dieser Antigene rief in einzelnen Fällen stärkere Reaktion hervor, die aber keinen spezifischen Charakter trug. Vergleichsinjektionen von Alkoholextrakten aus Menschen- und Schweineaskariden ergaben keinen deutlichen Unterschied. Alkohol- und Ätherextrakte von Oxyuren führten bei allen Kindern zu stärkeren oder schwächeren Reaktionen ohne spezifischen Charakter. Dasselbe fand sich auch bei Reaktionsversuchen mit dem Extrakt von Tänien. R. Ley-Kreuznach.

Digitized by Google

Versuch der Bestimmung der Azotämie bei einigen Hautkrankheiten mittels der Ambard-Konstante, von Brodsky und Tulbermann. (Arbeiten des Odessaer Dermato-Venerolog. Instituts, 1927, S. 196.) Die Konstantebestimmung nach Ambard als Resultat der Austauschverhältnisse zwischen dem Harnstoff des Blutes und des Urins wird besser als die anderen Methoden zur Bestimmung des Stickstoffgehaltes im Harn und im Blut dieser Aufgabe gerecht, denn eine Erhöhung der Konstante bedeutet zugleich eine Retention des Stickstoffes im Blute. Die Konstante erwies sich bei Ekzemen meist erhöht, bei Psoriasis vulg. meist normal, bei einigen anderen Dermatosen waren die Resultate unbestimmt. A. Jordan-Moskau.

Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der Weil-Kafkaschen Hämolysinreaktion im Liquor cerebrospinalis, von A. Kral, D. Psych. Univ.-Klin. Prag. (M. Kl. 1928, Nr. 21, S. 816—817.) Das Auftreten von Hämolysinen im Liquor bei Meningitis und progressiver Paralyse wird auf Schädigung der Blut-Liquorschranke und gesteigerte Durchlässigkeit derselben bezogen, doch soll außerdem von wesentlicher Bedeutung die Stärke der im Blut der betreffenden Menschen vorhandenen Hämolysine sein. Daß dies der Fall ist, zeigt der beschriebene Fall einer Imbezillen ohne Zeichen einer akuten oder chronischen Meningitis mit normaler Permeabilität, jedoch positiver Hämolysinreaktion, bei der eine starke Vermehrung der Hämolysine im Serum nachgewiesen werden konnte. E. Levin-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Die perkutane Applikation der Hormonalstoffe, von O. Simáček-Karlsbad. (M. Kl., 1928, Nr. 25, S. 978—979.) Die perkutane Anwendung von Hormonalstoffen läßt sie in einer Form zur Anwendung kommen, in der sie nicht verändert, wirkungsvoller sind. Zur Verwendung kam eine Salbe mit 20% aus Drüsen von vollkommen gesunden und frisch geschlachteten Tieren gepreßten Säften, wovon täglich 1 g eingerieben wird (Opodermol ovarii, testis). Gute Erfolge im Klimakterium bei Frauen und Männern. E. Levin-Berlin.

Über die Wirkung verschiedener Ätzmittel auf die Haut, von W. Müller-Chemnitz. Pharm. Univ.-Inst. Würzburg. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., 1928, Bd. 59, H. 3/4, S. 459.) Die Haut von Meerschweinchen wird durch Bariumsulfid enthaart, geätzt und nach 48 Stunden exzidiert. Wie anzunehmen, verliert im allgemeinen die Ätzwirkung des Mittels an Intensität bei absteigender Konzentration. Nur Essigsäure wirkt 25%ig stärker als 50%ig. Auch bei Arsentrichlorid ist der Unterschied zwischen 10- und 1%iger Lösung unbedeutend. Die Erscheinungen waren: Epithelverlust (nicht bei Essigsäure), Blutungen (fehlen bei Salz- und Schwefelsäure), reaktiver Leukozytenwall (bei Salzsäure und Arsentrichlorid besonders eosinophile Leukozyten) und reaktive Randwucherung (bei Salz- und Schwefelsäure). Die stärkste Wirkung — besonders auf die Gefäße — hatten Arsentrichlorid und Monovinylarsinchlorid. Bei Karbolsäure war die Ätzwirkung der öligen Lösungen stärker. F. Jacobsohn-Berlin.

Versuche mit der Protein- und Desensibilisierungstherapie in der Dermatologie, von G. Lauda. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerologischen Institut, 1927, Bd. 1, S. 240.) Nach den Erfahrungen des Verf. ergibt die Behandlung von Dermatosen mit Injektionen von Milch, Terpentinöl, Eigenblut, Lebertran, $CaCl_2$, NaBr. und $Na_2S_2O_3$ in vielen Fällen positive Resultate. A. Jordan-Moskau.

Olobintin (Klingmüller) in der Dermatologie, von Bessel-Lorck-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 24, S. 939.) Olobintin ist, obwohl es keine anästhesierenden Zusätze enthält, bei subkutaner wie bei intramuskulärer Einspritzung völlig schmerzlos und auch frei von den sonstigen Nebenerscheinungen des Terpentins. Günstige Erfolge bei Furunkeln und Furunkulose, fraglicher Einfluß bei Psoriasis, keiner bei Acne vulgaris. Ferner gute Erfolge bei akuter Zystitis, Gonozystitis, bei Prostatikern mit trübem Residualharn, blennorrhoischen Nebenhoden-, Samenblasen-, Prostataentzündungen, Erkrankungen der weiblichen Adnexe. Es empfiehlt sich, mit ½ ccm zu beginnen und allmählich auf 2 ccm zu steigen; im ganzen sollen innerhalb von 14 Tagen 10 ccm verabfolgt werden. E. Levin-Berlin.

Die Verkürzung der Defibrinationszeit nach Injektion von frisch defibriniertem Eigenblut, von Th. Peininger, Univ.-Hautkl. Debreczen. (W. kl. W., 1928, Nr. 11, S. 370.) Intravenöse Applikation defibrinierten Blutes bewirkt eine auffällige Verkürzung der Defibrinationszeit. Beim Kaninchen bestätigen sich diese Befunde derart, daß das Fibrin sich als derartig vermehrt und das defibrinierte Blut als der-

Digitized by Google

artig vermindert erwies, daß bei der 4. Blutentnahme zur Injektion nichts mehr übrigblieb. Bei 21 Kranken, die mit intramuskulären Injektionen behandelt waren, zeigte sich: 1. Der Fibrinogengehalt nimmt zu, aber nicht proportional mit der Verkürzung der Defibrinationszeit. 2. Tägliche Blutentnahmen beeinflussen die Blutzusammensetzung in bezug auf Fibrinogengehalt oder Defibrinationszeit nicht. 3. Die Injektion frisch defibrinierten Eigenblutes bewirkt neben der Fibrinogenzunahme wahrscheinlich auch eine gesteigerte Thrombusbildung.

H. Lewinsky-Berlin.

Adiplantin in der Salbentherapie, von W. Lamprecht-Paulinenhaus-Charlottenburg. (D. m. W., 1928, Nr. 20, S. 832.) Adiplantinsalbe besteht zum großen Teil aus fettigem Pflanzenschleim (Sekrete tropischer Euphorbiazäen) und besitzt ein starkes Adhäsionsvermögen. Die Vorteile der Verwendung von Adiplantin gegenüber anderen Salben bestehen darin, daß die Wundsekrete trotz allseitigen Abschlusses in den drainierenden Verband abgeleitet werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Über ein neues Schwefelbad, von Gaertner-Freital b. Dresden. (Ther. d. Gegenw., 1928, H. 6, S. 287.) Gute Erfolge von Sulfidiumbad bei chronischem Ekzem, Psoriasis, Pemphigus, Impetigo, Ulcera cruris. Nach Verf. stellt das Sulfidiumbad einen Badezusatz dar, der im Wannenbad eine kolloidale Schwefellösung eingeht und in dieser Form klinisch wirksam ist. D. Abel-Lörrach.

Zur medikamentösen Therapie urologischer Krankheiten, von W. Paetzel-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 20, S. 832.) Empfehlung des Präparates „Uro-Med", das aus Acid. camphor., Phenyl. salicyl., Hexamethylentetramin und Anästhesin besteht. F. Harry-Wiesbaden.

Nebenerscheinungen beim Gebrauch von Istizin, von K. Ochsenius-Chemnitz. (M. m. W., 1928, Nr. 22, S. 949.) Mitteilung von zwei Fällen, bei denen Istizin starke Blasenreizungen zur Folge hatte; in einem der Fälle war eine Pyelozystitis zwei Jahre vorher vorangegangen. M. Cohn-Dresden.

Erfahrungen mit Jod-Dermasan in der kleinen Chirurgie, von E. Ruhemann, Chir. polikl. Univ.-Inst. Leipzig. (M. m. W., 1928, Nr. 24, S. 1030.) Verf. hat das Jod-Dermasan an großem Krankenmaterial ausprobiert und empfiehlt es besonders zur Behandlung aller eitrig-infektiösen Prozesse, Thrombophlebitiden, Lymphangitiden, Lymphdrüsentbc., Gelenkerkrankungen, Kontusionen und Distorsionen. Eine Jod-Dermatitis wurde nur im Anfang in 4 von 500 Fällen, später bei vorsichtigerer Einreibung überhaupt nicht mehr beobachtet. H. Colman-Berlin.

Traitement dermo-antergique de la mastite puerpérale (Dermo-antergische Behandlung der Mastitis puerperalis), von A. Hamm. (Presse méd., 1928, Nr. 40, S. 628.) Verf. empfiehlt gegen die Mastitis der Wöchnerinnen außer sofortiger Suspension der Mamma Lokalapplikation von spezifischem Antivirus (flüssig oder in Salbenform). Am besten eine Mischvakzine von Staphylo- und Streptokokken. Dies die beste Methode, um bei frühzeitiger Anwendung Abszesse sicher zu vermeiden.

D. Abel-Lörrach.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Die Wirkung des Kreosots auf die Haut und die Hauterkrankungen in den mit der Durchtränkung von Eisenbahnschwellen beschäftigten Betrieben, von D. Schapiro. (Wratschebnoje Delo, 1928, Nr. 8/9.) Bei dieser Arbeit haben es die Leute mit einer öligen Flüssigkeit, welche Karbolöl, Anthrazen und Phenazeten enthält, zu tun. Ein Teil der Arbeiter beschäftigt sich mit der Durchtränkung der Schwellen, der andere mit der Verladung der durchtränkten Schwellen. 79% der Arbeiter erleidet Hautveränderungen, welche im ersten Stadium aus Komedonen und Akneknötchen, im zweiten Stadium aus Komedonen, Akneknötchen und Pusteln bestehen, während im dritten und vierten Stadium Akneknötchen, Follikulitiden, Pusteln und akneähnliche Infiltrate prävalieren. A. Jordan-Moskau.

Acne from Iodized Salt (Acne durch Jodsalze). von B. Shelmire, Dallas, Texas. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 23, S. 1869.) Verf. beobachtete 7 Patienten, die 6 Wochen bis 1 Jahr lang vom Drogisten verabfolgte patentierte „harmlose" Jodpräparate einnahmen. Die Joddosen betrugen oft nur 0,2 g und riefen trotzdem heftige Eruptionen hervor. H. Colman-Berlin.

Digitized by Google

Bromide Eruption on Hard Palate (Bromausschlag am harten Gaumen), von F. H. Dillingham u. L. K. Mac Cafferty-New York. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 11, S. 845.) Kasuistischer Beitrag, der durch die Mitbeteiligung des harten Gaumens interessant ist. Es ist selten, daß die Schleimhaut bei Halogendermatitiden ergriffen ist. Vielleicht war der Druck und die Reibung einer schlecht sitzenden Gaumenplatte mit schuld an dem Auftreten des Ausschlages in der Mundhöhle.
A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Kölnischem Wasser auf die menschliche Haut, von E. Zurhelle, Univ.-Hautkl. Bonn. (M. m. W., 1928. Nr. 17, S. 723.) Die 16- und 24stündige Einwirkung von russischer Eau de Cologne auf die schweißbedeckte Haut von Malariakranken führte zu einer verschorften, bis zur Nekrose gehenden Entzündung; nach Abstoßen des Schorfes Depigmentierung. Mikroskopisch: ballonierende Degeneration und Parakeratose, dazu Pallisadenstellung in der Keimschicht. Liegt wenig oder keine Schweißbildung vor, bleibt die Reaktion aus. Einmalige Einwirkung von ultraviolettem Licht blieb meist ohne jede Reaktion von Kölnischem Wasser und seinen Derivaten. Experimentelle Erzeugung einer länger dauernden Pigmentierung gelang nur bei einem Versuch mit russischer Eau de Cologne bei Malariaschweiß; die Pigmentierung folgte auf eine zunächst vorhandene verschorfte Entzündung und blieb wochenlang bestehen. Ein durch Terpentinöl gesetztes Erythem beförderte die entzündliche Reaktion auf Kölnisches Wasser 4711 und hatte Bräunung und Blasenbildung gegenüber fehlender Reaktion auf Kölnisches Wasser allein zur Folge. M. Cohn-Dresden.

Akute Dermatitis durch Lederfärbemittel, von Suchier-Harburg-Wilhelmsburg. (M. m. W., 1928, Nr. 13, S. 570.) Lokale Dermatitis an beiden Füßen bei einer Frau, hervorgerufen durch ein Lederfärbemittel („Pantherschwärze"). Ursache: Spezifische Überempfindlichkeit wahrscheinlich gegen das in dem Mittel enthaltene Anilinöl. H. Lewinsky-Berlin.

Erythromelalgie nach Suizidversuch mit Gynergen, von L. Nielsen, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Lichtenberg. (M. m. W., 1928, Nr. 17, S. 736.) 50jähr., psychisch-nervös disponierter Mann nimmt zum Suizidversuch 15 Tabletten Gynergen (je 1 mg). Gynergen-Ergotamintartrat. Als Folgen zeigten sich katatone Spannung und Hemmung, eigenartiger Stupor. Muskulatur schlaff, bis auf Kau- und Oberschenkelmuskulatur. Extremitäten, besonders die Akra, hochrot und heiß. Gesicht hochrot. An den inneren Organen keine Veränderung. Heilung in einigen Wochen. Das Hautmikroskop zeigte anfangs starke Vermehrung der sichtbaren Kapillaren und vermehrte Sichtbarkeit des tieferen Plexus. Auffällige Verdickung der Schaltstücke, die mindestens um das 3—4fache die Norm übertrifft. Venöser Spasmus; arteriell: nach anfänglich lebhafter Strömung Kontraktion bei relativer Atonie des Schaltstückes. Das klinische Bild stellt sich als schwere Vasoneurose dar, die im speziellen am nächsten der Erythromelalgie zuzurechnen und im vorliegenden Falle der Gynergenintoxikation zur Last zu legen ist.
M. Cohn-Dresden.

Erythromelalgie nach Suicidversuch mit Gynergen, von L. Nielsen, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Lichtenberg. (M. m. W., 1928, Nr. 24, S. 1038.) Bemerkung zu der vorstehend referierten Arbeit des Verf. Die dort erwähnten 15 mg Gynergen entsprechen, wie Verf. von pharmakologischer Seite erfährt, nicht 7,5, sondern etwa 30 g des handelsüblichen Secale cornutum. Verf. hält auch weiterhin das Gynergen für relativ ungefährlich. H. Colman-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Nombre des leucocytes et formule leucocytaire chez le cobaye tuberculeux soumis à l'action des rayons ultraviolets (Zahl der Leukozyten und Leukozytenformel beim der Wirkung der ultravioletten Strahlen ausgesetzten Meerschweinchen), von M. Nasta und M. Blechmann. (Compt. rend, Soc. de Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 18, S. 1635—1637.) Von acht gleichzeitig und mit derselben Dosis infizierten Meerschweinchen wurden vier der Einwirkung ultravioletter Strahlen unterworfen. Während bei den Kontrolltieren nach der Infektion eine starke Leukozytose eintrat und sich eine beträchtliche proportionale Vermehrung der neutrophilen Polynukleären bei fast völligem Schwinden der Eosinophilen zeigte, war bei den bestrahlten Tieren die Zahl der Leukozyten kaum erhöht und neben gleichfalls vorhandenem Schwinden der Eosinophilen keine Vermehrung der Polynukleären, vielmehr eine leichte Zu-

Digitized by Google

nahme der Mononukleären. Als Wirkung der ultravioletten Strahlen zeigt sich also, entsprechend der bereits nachgewiesenen herabgesetzten Tuberkulinempfindlichkeit der Haut ein charakteristischer Reaktionsmodus der Widerstandsfähigkeit gegen die tuberkulöse Infektion. E. Levin-Berlin.

Action générale et locale des rayons ultraviolets sur la sensibilité à la tuberculine du cobaye tuberculeux (Allgemeine und örtliche Wirkung der ultravioletten Strahlen auf die Tuberkulinempfindlichkeit des tuberkulösen Meerschweinchens), von M. Nasta u. M. Blechmann. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 18, S. 1639—1640.) Daß an dem Einflusse ultravioletter Strahlen ausgesetzte Hautstellen die Tuberkulinempfindlichkeit herabgesetzt wird, war bereits früher nachgewiesen worden. Diese Herabsetzung zeigt sich aber auch an Stellen, die gegen den Einfluß der Strahlen geschützt waren. Bezüglich einer Allgemeinwirkung gestatten die bisherigen Untersuchungen an einer kleinen Zahl noch kein Urteil. E. Levin-Berlin.

The Influence of Ultra-Violet Rays on Industrial Output (Der Einfluß des Ultraviolettlichtes auf die Produktivität des Industriearbeiters), von A. L. Punch u. R. Wilkinson. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5466, S. 1120.) Die Untersuchungen wurden an Arbeiterinnen einer Schokoladenfabrik vorgenommen und zeitigten folgendes Ergebnis: 50% der Mädchen zeigten nach Belichtung eine Leistungssteigerung, 50% eine unveränderte oder herabgesetzte Leistungsfähigkeit. Der Grad der Pigmentierung ist kein Maßstab, da auch unter den Mädchen mit gleichgebliebener Leistungsfähigkeit eine gute Pigmentierung vorhanden war. J. Callenberg-Horst Emscher.

Über den analytischen Wert der filtrierten (sogenannten Woodschen) Strahlen für die Kriminalistik, Biologie und Medizin, von R. Gassul, Röntgen-Abt. Leninstaatsinst. f. ärztl. Fortbldg. Kasan. (D. m. W., 1928, Nr. 22, S. 918.) Durch Woodsche Strahlen gelingt es, verschieden aussehende Körper zu identifizieren und umgekehrt ähnlich aussehende zu differenzieren. Stets sind hier wie auch bei allen anderen kolorimetrischen Methoden vergleichende Untersuchungen mit Testobjekten erforderlich. Hautkrankheiten lassen sich durch die ihnen eigene Fluoreszenzfarbe erkennen. Röntgenbestrahlte Hautpartien können noch nach Jahren festgestellt werden. Auch Röntgenschädigungen können rechtzeitig erkannt werden. F. Harry-Wiesbaden.

The Physical and Clinical Foundations of Oversoft Roentgen-Ray (Grenz-Ray) Therapy (Die physikalischen und klinischen Grundlagen der Therapie mit überweichen Röntgenstrahlen [Grenzstrahlen]), von O. Glasser u. U. V. Portmann-Cleveland. (Am. J. of Roentgenol., 1928, Bd. 19, Nr. 5, S. 442.) Einer Besprechung der verschiedenen Röhrentypen für die Erzeugung von überweichen Röntgenstrahlen zwischen 1 und 3 A.E. — in dem Laboratorium der Verff. wurde eine Röhre vollständig aus Lindemannglas konstruiert — folgt die Besprechung der spektralen Energieverteilung der Weichstrahlen von 4—12 KV. Für die Qualifizierung der Strahlen haben sich die indirekten Methoden (Kilovoltmeter, Funkenstreckenmessung) weniger bewährt als die direkte Messung der Absorption. Hierbei ergeben sich Halbwertschichten zwischen 0,007 und 0,04 mm Aluminium, wobei die Entfernung (Härtung der Strahlung durch die durchstrahlte Luftschicht!) berücksichtigt werden muß. Es wurden die Beziehungen zwischen den HWS. in Aluminium und den gleichen Werten für Luft, Wasser, Muskel, Haut und subkutanes Gewebe festgestellt. Die Messung der Dosis geschah mit einer Fingerhutkammer aus Goldschlägerhaut. Die Erythemschwelle liegt bei etwa 250 R.-Einheiten. H. Holthusen-Hamburg.

Radiumtherapie der Hautkrankheiten, von L. Kumer, Derm. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 13, S. 444.) Übersichtsreferat über die wichtigsten Indikationen der Radiumtherapie. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Treatment of Mouth and Face Conditions by Irradiation (Strahlenbehandlung der Mund- und Gesichtserkrankungen), von I. I. Kaplan-New York. (Am. J. of Roentgenol., 1928, Bd. 19, Nr. 5, S. 437.) Bösartige Neubildungen in der Mund- und Gesichtsgegend behandelt Verf. vorzugsweise mit Radium, und zwar nach der Technik des Pariser Radiuminstitutes, d. h. mit hochgefilterten Gammastrahlen und zeitlich ausgedehnter Dosierung. Oberflächliche Behandlung in Trägern aus Wachs und Radiumpunktur werden miteinander kombiniert. Für die Insertion werden Platinnadeln bevorzugt (0,2—0,4 mm dick). Nach Möglichkeit wird die Radium-

Digitized by Google

behandlung mit Röntgenbehandlung der regionären Drüsen kombiniert. Stets werden Probeexzisionen gemacht, von deren schädlichen Folgen Verf. sich nicht überzeugen konnte. Wichtig ist die Munddesinfektion und Zahnpflege. Die bei der Radiumpunktur verwendeten Nadeln bleiben 5—10 Tage im Gewebe. Flüssige Ernährung, evtl. Kodein während dieser Zeit. Operative Entfernung von Drüsenpaketen nur, wenn sie streng lokalisiert sind. H. Holthusen-Hamburg.

Kosmetik

Anesthésie cutanée par ionisation avec la carbaïne (Anästhesierung der Haut mittels Ionisation mit Carbaïn), von A. Zimmern, Nicolleau u. Arvanitakis. (Presse méd., 1928, Nr. 41, S. 644.) 5%ige Carbaïnlösung ergibt nach 10—20 Minuten mittels Ionisation völlige Anästhesie. Sehr empfehlenswert in der kleinen kosmetischen Haut-Chirurgie. D. Abel-Lörrach.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Über das Problem des hämorrhagischen Syndroms und seine konstitutionellen Beziehungen, von G. Nagy-Debreczen. (D. m. W., 1928, Nr. 18, S. 740.) Bei Morbus Werlhofi liegt eine funktionelle Fragilität der Endothelwandung vor, als deren Folgeerscheinung Blutung und Thrombopenie auftreten. Das auslösende Moment des chronischen Werlhof ist meist eine Dysfunktion der Ovarien.
F. Harry-Wiesbaden.

Sur certains points de physiologie pathologique concernant les affections vasculaires périphériques (Einiges über die pathologische Physiologie der peripheren Gefäßstörungen), von M. Villaret u. L. Justin-Besançon. (Presse méd., 1928, Nr. 43, S. 673.) Verff. empfehlen für verschiedene Formen peripherer Gefäßstörungen das Azetylcholin, so bei Raynaudscher Krankheit und verschiedenen stenosierenden Gefäßentzündungen. Es ist zu unterscheiden zwischen der Obliteration und dem Spasmus der Gefäße, die festzustellen sind nach subkutaner Injektion von 0,1 bis 0,2 g Azetylcholin. Eingehende Besprechung des Spasmus und der Stase im Kapillargefäßsystem, über die Rolle des venösen Systems bei akrozyanotischen Erkrankungen sowie über die Möglichkeiten und Grenzen pharmako-dynamischer Behandlung peripherer Gefäßstörungen. D. Abel-Lörrach.

Über die Möglichkeit einiger Blutveränderungen bei Knochenbrüchen (Zugleich ein Beitrag zur Purpurafrage), von G. L. Frenckell und R. I. Gawrilow. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 18, S. 1097.) Vier Tage nach einem Schlüsselbeinbruch plötzliches Auftreten multipler Hämorrhagien in der Haut des linken Beins und später auch des Rumpfes. In dem sonst normalen Blutbild findet sich eine andauernde und beträchtliche Resistenzverminderung der Erythrozyten. Da Knochenmarkextrakt stark hämolytische Eigenschaften besitzt und hier die Möglichkeit vorliegt, daß durch den Unfall Knochenmark in den Blutkreislauf eingepreßt wurde, ist wahrscheinlich dieses ins Blut eingetretene Knochenmarkgewebe die Ursache für den plötzlichen hämolytischen Chok. F. Landauer-Berlin.

Zur Frage der Purpura traumatica, von W. Kindler, Univ.-Hals-Nasen-Ohrenkl. Graz. (M. m. W., 1928, Nr. 19, S. 823.) Verf. berichtet über 3 Fälle rein traumatischer Purpura. Es handelte sich um Hautblutungen, die unmittelbar nach Einwirkung äußerer Gewalt (Schädelverletzungen) symmetrisch in der Haut des Rumpfes und der Gliedmaßen entfernt vom lädierten Bezirk aufgetreten waren. Die Untersuchung des Blutbildes, die Prüfung der Blutungs- und Gerinnungszeit hatten keine Anzeichen einer etwa bestehenden Purpurabereitschaft gewinnen lassen. Auf Grund dieses unmittelbaren zeitlichen Zusammenhanges zwischen Schädeltraumen und Purpurasymptomen glaubt der Verf., daß es sich hier um eine durch das Trauma hervorgerufene Chokwirkung auf das vegetative Nervensystem handeln müsse, die durch eine plötzlich eingetretene Durchlässigkeit der kleinsten Gefäße infolge Vasokonstriktorenlähmung zustande kam. Th. Lilienstein-Hamburg.

Über ein infiltrierend wachsendes Hämangiom der Haut und multiple Kapillarektasien der Haut und inneren Organe, von D. Töpfer, Path. Inst. Stadtkrkhs. Dresden-Friedrichstadt. (Frankf. Zschr. f. Path., 1928, Bd. 36, H. 2, S. 337.) Verf. beschreibt den Fall eines kleinen Kindes, das an einem schweren, bis zum Schultergelenk reichenden Kavernom der r. Schulter operiert wurde und starb. Es fanden sich bei der Sektion Kapillarektasien fast aller Organe und vieler Hautpartien. Im

Digitized by Google

übrigen war die Hautfarbe ganz blaß. Es handelt sich um eine embryonal angelegte Mißbildung des Gefäßsystems, nicht um Metastasen. Erwähnt wird noch die Erkrankung eines an Landryscher Paralyse leidenden 58jähr. Arbeiters. Hier fand sich auch eine ausgedehnte Hämangiomatose der Haut und sämtlicher Organe verbunden mit anderen Mißbildungen. H. Colman-Berlin.

Über eine einfache ambulante Behandlungsmethode der Stauungsdermatitiden an den Unterschenkeln, von F. Wirz, Derm. Univ.-Kl. München. (M. m. W., 1928, Nr. 17, S. 730.) Verwendung von 10%iger Ichthyoltrockenpinselung, die je nach Intensität des Falles 2mal täglich bis 2—3stündig aufgetragen wird. Heilung zuweilen schon nach 14 Tagen, auch zuweilen erst nach 14 Wochen. In den Fällen von Stauungsdermatitiden verspricht sich Verf. vom Linserschen Verfahren keine wesentlichen Erfolge. M. Cohn-Dresden.

The Chemical Obliteration of Varicose Veins (Die chemische Verödung von varikösen Venen), von H. Schussler-San Francisco. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 17, S. 1358.) Verf. hat 105 gut ausgewählte Fälle behandelt und in 95% völlige Heilung erzielt. Nephritis und schon vorher bestehende Thrombosen sind absolute Kontraindikationen. Für enge Venen nimmt Verf. Metaphen 1:500 ein wenig toxisches Hg-Präparat, für weite Venen 50%iges Na salicyl. in 2 ccm Ampullen. Bei paravenösem Infiltrat Injektion von 10 ccm physiol. NaCl-Lösung in dieses. Technik der Behandlung: Verf. spritzt in das auf einem Tisch wagerecht liegende Bein, während der Oberkörper senkrecht gehalten wird. Die Injektion wird langsam gemacht. Hinterher Kompression mit der Hand und für 10 Minuten Anlegen einer elastischen Binde. Evtl. 1 Tag Bettruhe. Wiederholung der Injektionen jeden oder ein um den anderen Tag möglich. H. Colman-Berlin.

Varicose Ulcers: A Comparison of Treatment by Ultra-violet Light and Unna's Paste Dressings (Variköse Geschwüre: Ein Vergleich zwischen der Behandlung mit ultraviolettem Licht und Unnas Zinkleimverbänden), von D. C. Colebrook. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5462, S. 904.) Verf. behandelte 37 Patienten mit Licht, 47 mit dem Unnaschen Z.-L.-Verband. Luetische Geschwüre waren ausgeschlossen. Der Heilungseffekt, besonders der ambulant Behandelten, war mit Z.-L.-Verbänden erheblich besser als mit Licht. Mit ersterer Methode objektiv und subjektiv viel schnellerer Rückgang aller Symptome. Günstig wirkt Kompression mit Gummischwamm. Tabellen illustrieren ausführlich Dosierung, Dauer der Heilungsdauer usw. Verf. erklärt den Unnaschen Z.-L.-Verband als einfachste und erfolgreichste Methode. H. Colman-Berlin.

Urtikaria und Erytheme

Die Kalkbehandlung der Serumkrankheit und anderer urtikarieller Hauterkrankungen im Kindesalter mit Sanocalcin, von W. Cohn, Kinderkrkhs. Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1928, H. 6, S. 256.) Bei Serumkrankheit bei Kindern nach 1—2 ccm Sanocalcin intramuskulär meist sofortiges Sistieren der Krankheitserscheinungen. Stets gute Beeinflussung des Juckreizes. Bei Erwachsenen höhere Dosen erforderlich. Bei Strophulus tägliche Sanocalcingaben, günstige Beeinflussung des Juckreizes. D. Abel-Lörrach.

Herpes

A propos de l'immunité herpétique et du pouvoir neutralisant des tissus in vitro (Über Herpes-Immunität und die neutralisierende Fähigkeit der Gewebe in vitro), von P. Teissier, P. Gastinel, J. Reilly. (Compt. rend. Soc. de Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 16, S. 1399—1401.) Kaninchen wurden auf verschiedene Art gegen Herpesvirus immunisiert, so daß Impfungen in die Nebennierenkapsel und das Gehirn keine Erscheinungen hervorriefen. Wurden Emulsionen von diesen Teilen mit physiologischer Kochsalzlösung mit sehr aktivem Herpesvirus gemischt und dann damit Impfungen am Gehirn von Kaninchen vorgenommen, so zeigten diese keine Krankheitserscheinungen, während sie nach Impfung mit von dem ersten Tiere stammendem Milzextrakt oder Blutserum an typischer Enzephalitis erkrankten. Es besteht also eine neutralisierende Fähigkeit der Gewebe bei geimpften Tieren. Eine solche fehlt bei Tieren, die sich gegen Herpesvirus refraktär verhalten. E. Levin-Berlin.

Spezifische Lokalreaktionen nach Zosterinokulation, von H. Freund, Univ.-Hautkl. Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 21, S. 980.) Durch Verimpfung von Zoster-

Digitized by Google

blaseninhalt ist es dem Verf. gelungen, bei 3 Erwachsenen und einem 11jährigen Kinde papulo-vesikulöse Effloreszenzen an der Impfstelle zu erzeugen, die histologisch ganz die charakteristische Zosterstruktur zeigten. Die Anwesenheit von Herpeserregern konnte durch den negativen Ausfall des Kornealversuches ausgeschlossen werden, so daß man die Impfreaktion als den Ausdruck eines vom Herpeserreger verschiedenen, vom Zoster stammenden infektiösen Stoffes ansehen muß. Besonders bemerkenswert ist an den Versuchen, daß sie nicht nur, wie bei Kundratitz, bei Kindern bis zum 5. Lebensjahre, sondern auch bei Erwachsenen gelungen sind. Das Ergebnis war ganz unabhängig davon, ob in der Anamnese Varizellen angegeben waren oder nicht. Die Inkubationszeit war etwa halb so lang wie bei Kundratitz und betrug nur 5—6 Tage. E. Langer-Berlin.

Zona et varicelle (Herpes und Varizellen), von E. François-Dainville und H. Reynaud. (Presse méd., 1928, Nr. 42, S. 660.) Mitteilung eines Falles, wo die Amme in einem Säuglingsheim an Herpes zoster erkrankte, 14 Tage später erkrankte ihr Kind an Varizellen, ferner 4 Tage später 5 andere Säuglinge. D. Abel-Lörrach.

Prurigo und Pruritus

Diathermiebehandlung des lokalen Pruritus, von O. Hopfinger-Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 24, S. 849.) Kurzer Bericht über 11 Fälle hochgradigen, seit Jahren bestehenden Pruritus der Anal- und Genitalgegend von Frauen. Ekzematöse oder pyogene Komplikationen kontraindizieren die Diathermiebehandlung. Im übrigen hatte Verf. fast stets Dauererfolge. Wenn nach Aufhören der Therapie ein Rezidiv auftrat, beseitigte er dieses durch wöchentlich eine Sitzung, längere Zeit durchgeführt. H. Colman-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Über traumatisches Ödem, von Harttung-Eisleben. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 2, S. 288.) Ein 37jähriger Arbeiter erlitt eine Quetschwunde über der Beugeseite des l. Mittelhandknochenfingergelenkes, die nach Inzision am Grundglied des Mittelfingers abheilte. 10 Wochen nach der Verletzung entstand ein starkes Ödem der ganzen Hand, das sich trotz Massage und Heißluftbehandlung nicht besserte. Der Blutdruck war an dem Oberarm der befallenen Hand 10 mm Hg höher als an der anderen Seite. Das Röntgenbild zeigte eine Aufhellung der Knochen der ganzen Hand. Nach 1/4 Jahr wurde die Sympathektomie der Brachialis in 12 cm Länge unterhalb des Abganges der Profunda brachii vorgenommen. Trotzdem innerhalb einer Stunde nach der Operation das Ödem restlos geschwunden war, setzte 14 Tage später wieder ein Rezidiv des Ödems ein, das mit Stichelung, Alkoholverbänden und Hochlagerung vergeblich behandelt wurde. Deshalb wurde das ödematöse, derbe Gewebe so weit wie möglich exstirpiert. Als danach doch wieder der alte Zustand eintrat, wurde die Handleysche Operation ausgeführt, um eine Ableitung des Ödems von dem Handrücken herbeizuführen. Das Ligamentum carpi dorsale wurde an drei Stellen etwa bis zur Hälfte eingekerbt und eine subkutane Tunellierung mit starken Seidenfäden nach der Streckseite des Vorderarms bis unter das Ellenbogengelenk vorgenommen. Histologisch ergab sich eine chronische, schwielige Bindegewebsverdickung. Die Venen sind zum Teil völlig obliteriert, die Arterien zeigen eine starke Verdickung der Muscularis media. Verf. hält die Gefäßveränderung (Thrombose der Venen und Lymphgefäße) für die primäre Erkrankung, die neben der blanden bakteriellen Infektion nach Ablauf der Interdigitalphlegmone zur Entstehung des Ödems geführt hatte. Die Knochenatrophie wird als Inaktivitätsatrophie aufgefaßt. Auf Grund seiner Beobachtung empfiehlt Verf. in ähnlichen Fällen operativ vorzugehen, falls man nach 14 Tagen mit konservativer Behandlung keinen Erfolg sieht. A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Die neuere Frostbeulenbehandlung, von W. von Noorden-Bad Homburg. (M. m. W., 1928, Nr. 16, S. 691.) Empfehlung des „Pernionin" als Salbe und Bad. Th. Lilienstein-Hamburg.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie

Staphylococcus Filtrates in Chronic Staphylococcic Pyodermas (Staphylokokkenfiltrate bei chronischen Staphylokokkenpyodermien), von S. S. Greenbaum u. M. H. Harkins-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 21, S. 1699.) Ge-

Digitized by Google

winnung des Vakzins aus den Wurzeln mit Sykosis vulgaris affizierter Haare. Der Staphylococcus aureus wächst auf einer 1%igen Dextrosebouillon mit Gehirnzusatz in 6 Tagen. Danach Berkefeld-W-Filterung. Bei Impfung von Personen (9), die nie eine Staphylomykose hatten, entwickelte sich bei intrakutaner Injektion von 1 ccm des unverdünnten Filtrats ein lokales Erythem. Bei Leuten mit genannten Erkrankungen in der Anamnese (5) war die Reaktion kaum wahrzunehmen, bei solchen mit aktiven Staphylomykosen (7) führte schon kleinste Dosierung zu starken lokalen und auch allgemeinen Reaktionen. Die Reaktion begann gewöhnlich nach 6 Stunden und dauerte höchstens 24 Stunden. Über therapeutische Erfolge läßt sich vorläufig bei der Kleinheit des Materials noch nichts Abschließendes sagen.

H. Colman-Berlin.

Ekzem, Rosacea

Sur les „eczémas" microbiens (Das parasitäre Ekzem), von R. Sabouraud. (Presse méd., 1928, Nr. 36, S. 563.) Verf. unterscheidet drei klinische Arten: 1. Das alte seborrh. Ekzem (Unna 1893), dessen Erscheinungsformen unter dem Namen „Morococcides eczematiformes" zusammengefaßt werden sollten. 2. Ausgehend vom postaurikulären Intertrigo ein chron. Impetigo, am häufigsten bei anämischen Mädchen; kann sich generalisieren (nässend, krustös, schuppend): „Streptococcides eczematiformes". 3. Acne necroticans miliaris, meistens auf dem Haarboden von Männern von 40—45 Jahren, gut genährt (mit großem, dickem Hals): „Staphylococcides eczematiformes". Bei diesen drei Arten ist der Vorgang der Ekzematisation nur sekundär und nicht immer vorhanden, weshalb man sie auch vom Ekzem abtrennen sollte.

D. Abel-Lörrach.

Pollen Content of the Air. Relationship to the Symptoms and Treatment of Hay-Fever, Asthma and Eczema (Der Gehalt der Luft an Blütenstaub und seine Beziehungen zu Heufieber, Asthma und Ekzem), von W. W. Duke u. O. C. Durham-Kansas City. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 19, S. 1529.) Die vergleichende Untersuchung der Luft hinsichtlich ihres Pollengehalts in verschiedenen, anscheinend sehr ähnlichen Gegenden zur selben Zeit und andererseits in derselben Gegend in verschiedenen Jahren zur selben Jahreszeit haben ergeben, daß die Zahl der Pollenteilchen sehr verschieden ist. Zur Zählung bestreicht man Objektträger in dünner Schicht mit wasserhellem Petroleum und legt sie in den zu untersuchenden Raum für 24 Stunden; in niedriger Entfernung muß ein Schutzglas angebracht sein, um das Fortfliegen des Pollens zu verhüten und die Verunreinigungen des Objektträgers mit Rauch zu verhindern. Bei schwacher Vergrößerung kann man leicht die Pollenelemente zählen und auch voneinander differenzieren. Die Verschiedenheit der Zählungsresultate erklärt den Wechsel in den Symptomen der durch Pollen hervorgerufenen Erkrankungen und die Verschiedenheit der an verschiedenen Orten erzielten therapeutischen Resultate.

F. Winkler-Wien.

Die Säuretherapie des Ekzems, von K. Scheer, Univ.-Kinderkl, Frankfurt a. M. (M. m. W., 1928, Nr. 20, S. 852.) Mit „Kutanmilch" (von der Firma Töpfer, Trockenmilchwerke, Böhlen b. Leipzig), einer dreifach konzentrierten, mit Salzsäure präparierten Milch, hat Verf. neuerdings 14 Ekzemfälle behandelt. Nach ganz kurzer Zeit Rückgang der Infiltration und Hautrötung, Bildung von Schuppen und glatter blasser Haut. Heilungsdauer etwa 4—6 Wochen, Tagesmenge der Kutanmilchverdünnung 200—600 ccm.

M. Cohn-Dresden.

Psoriasis

Zur Kenntnis der Arthropathia psoriatica, von E. Zellner-Wien. (M. m. W., 1928, Nr. 21, S. 903.) Die Arthropathia psoriatica ist nach eigenen Beobachtungen des Verfassers eine spezifisch psoriatische Gelenkerkrankung. Sie ist differentialdiagnostisch wichtig. Die Abgrenzung gegen andere häufig mit ihr verwechselte Gelenkerkrankungen wird näher besprochen.

H. Lippert-Köln.

Ist die Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Injektionen von Triphal berechtigt?, von E. Ballmann, Inn. Klin. Landeskrkh. Fulda. (M. Kl., 1928, Nr. 21, S. 819—821.) Bei der Triphalbehandlung sind mehrfach schwere Nebenerscheinungen beobachtet worden, die die Anwendung dieses, ebenso wie anderer Goldpräparate bedenklich erscheinen lassen könnten. Man kann jedoch die Nebenerscheinungen vermeiden durch Verwendung kleinster Dosen: Anfangsdosis nicht über 0,0025, in Zwischenräumen von einer Woche um höchstens 0,0025 bis zu einer Höchstdosis

Digitized by Google

von 0,01 gesteigert. Diese kleinsten Dosen bieten keine Gefahr und stehen andererseits in ihrer Wirksamkeit den größeren Dosen nicht nach; sie bewirken insbesondere bei Psoriasis ein völliges Schwinden der Erscheinungen ohne Hinterlassung von Narben oder Pigmentanomalien. E. Levin-Berlin.

Lichen

Refraktärer Lichen ruber planus und Arsylenwirkung, von S. Hallheimer-Zürich. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 21, S. 539.) Ein äußerst hartnäckiger Lichen-ruber-planus-Fall, der sich gegen die verschiedensten Behandlungen (Salben, Röntgen, verschiedene Arsenpräparate) refraktär erwiesen hatte, ging auf Arsylen sehr schnell zurück. Diese besondere Wirkung beruht auf der für organische Arsenverbindungen neuen Art eines chemischen Prinzips: Einführung eines ungesättigten Radikals, des Allyls, das außerordentlich reaktionsfähig ist. E. Levin-Berlin.

Zur Kasuistik der atypischen Lichenifikationen: Neurodermitis nodularis chron., von Mgebrow u. Chajutin. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 226.) 30jähr. Kranke mit stark juckenden, erbsen- bis bohnengroßen, derben, verhornten Knötchen, welche histologisch Verdickung und Hyperkeratose der Epidermis, Verlängerung und Verdickung der Papillen und Zellinfiltration um die Gefäße aufwiesen. A. Jordan-Moskau.

Zur Kasuistik der atypischen Lichenifikationen: Neurodermitis hypertrophica, von Mgebrow, Faingold u. J. Feldmann. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 230.) 25jähr. Kranke mit Prurigo Hebrae, Tabes incipiens und einer verrukösen Hautverdickung auf der Innenfläche des linken Oberschenkels, welche histologisch bestand aus: Hyperkeratose, Verlängerung der Papillen, St. spongoides, ballonierende Degeneration und altération cavitaire im R. Malpighii und Infiltration im Korium. A. Jordan-Moskau.

Bullöse Dermatosen

Über eigentümliche Zellbefunde im Hautblaseninhalt bei Pemphigus vulgaris und Dermatitis herpetiformis Duhring, von W. Engelhardt, Univ.-Hautkl. Gießen. (Krankheitsforschg., 1928, Bd. 6, H. 1, S. 41.) Bei einer großen Zahl von Pemphigus- und Dermatitis-herpetiformis-Kranken ließen sich im Blasenausstrich eigenartige Gebilde feststellen, die große Ähnlichkeit mit Hefezellen hatten. Es handelt sich um vielgestaltige, scharf begrenzte Zellelemente von der Größe etwa eines Leukozyten, die durch die besonders starke Tinktion ihrer Kerne auffallen. Auf Grund der färberischen und negativen kulturellen Ergebnisse sind diese hefeähnlichen Körperchen nicht als Kernzerfallsprodukte abgestorbener Hefezellen anzusehen, sondern als Zerfallsprodukte von Leukozytenkernen. Die Entstehung dieser Gebilde in den akut auftretenden Hauterscheinungen ist wahrscheinlich auf toxische Einwirkungen zurückzuführen. B. Peiser-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Die Behandlung des Lippenfurunkels, von O. M. Chiari. (W. kl. W., 1928, Nr. 14, S. 494.) Richtlinien für die Praxis. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Versuch der Sykosisbehandlung mit Antivirus nach Besredka und nach der kombinierten Methode mit Röntgenepilation, von J. Feldmann und Gurwitsch-Gragerowa. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 233.) Die Behandlung einer Reihe von Sykosisfällen nach Besredka gab Besserung, welche aber unter kombinierter Behandlung, d. h. vorhergehende Behandlung nach Besredka, im Laufe von 1½—2 Monaten, mit nachfolgender Epilation durch X-Strahlen noch größer war. A. Jordan-Moskau.

Erysipel, Phlegmone usw.

Über Erysipel, von R. Volk. (W. kl. W., 1928, Nr. 21, S. 746). Richtlinien für die Praxis.

Une méthode nouvelle de traitement de l'érysipèle et des streptococcies cutanées (Eine neue Behandlungsmethode des Erysipels und der Streptokokkenerkrankungen der Haut), von L.-R. Montel. (Presse méd., 1928, Nr. 42, S. 668.) Verf. berichtet über sehr gute Erfolge bei obigen Erkrankungen mittels Pinselungen von Antistreptokokkenserum auf die erkrankten Hautflächen, evtl. dazu intradermale Injek-

Digitized by Google

tion von Antistreptokokkenserum bei Erysipel zwecks Abriegelung des Erkrankungsherdes. D. Abel-Lörrach.

Die Verteilung der Milzbrandpustel auf der menschlichen Haut, von P. Graf, Städt. Krankhs. Neumünster. (M. m. W., 1928, Nr. 24, S. 1028.) Angeregt durch Rebentischs Untersuchungen weist Verf., durch 2 Zeichnungen illustriert, an 105 Fällen folgende Lokalisation nach: Rumpf 1, Arme 29 (davon † 0), Stirn, Augen, Schläfe 18, Nacken 2 († 1). Im Gegensatz dazu im Bereich des Bartwuchses: 26 Gesicht († 3), 29 Hals († 12). Gefeit sind Handteller, Fingerinnenflächen, etwas weniger Nase, behaarter Kopf, Arme. Die Gegenden der gefährlichen Furunkel (z. B. Oberlippe) erkranken selten an Milzbrand. An Hand von mehreren hier angeführten Krankengeschichten kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: der Talg schützt Kopf und Nase, der Schweiß spült oft die Schutzschicht fort und begünstigt die Infektion. Gefährdete Arbeiter schützen sich am besten durch Stehenlassen eines Vollbartes. Das Rasieren begünstigt auf jeden Fall die Infektion oder verschlimmert sie durch Eröffnung kleiner Pusteln. H. Colman-Berlin.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Ekzem und Ovarialstörungen, von P. Szegö-Budapest. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 25, S. 1593.) 16 Fälle von Hauterkrankungen, die in einem ursächlichen Zusammenhang stehen mit gänzlichem oder teilweisem Ausfall der Eierstocksfunktion. In 12 Fällen handelte es sich um chronisches und akutes Ekzem, in je 2 Fällen um Furunkulose bzw. Dermatitis. Durch Verabfolgung von Ovarialextrakt gelang es sowohl die Menstruationsstörungen als auch die Hautveränderungen zu beseitigen. Bedingung ist, daß die Dosierung genügend kräftig und das Präparat zuverlässig ist. F. Landauer-Berlin.

Über die Graviditätsveränderungen des funktionellen Zustandes der Haut (Perspiratio insensibilis), von Sidorow, Gynäkol. Kl. Kasan, Rußland. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 16, S. 1006.) Die Hautatmung der Schwangeren ist herabgesetzt, besonders gegen Ende der Gravidität. Die Perspirationsstörung erreicht ihr Maximum bei den Schwangerschaftstoxikosen. Unter den Ursachen dieser Störungen spielt wohl die Hauptrolle die Beeinträchtigung des örtlichen Kapillarkreislaufes, wie sie durch die Schwangerschaftsveränderungen des vegetativen Nervensystems bedingt ist. Eine untergeordnete Rolle spielen dabei die Hyperfunktion der Talgdrüsen, Veränderungen des Respirationsstoffwechsels und des Kreislaufs, wie auch Diureseveränderung am Ende der Schwangerschaft. F. Landauer-Berlin.

45 Fälle von Schwangerschaftstoxikosen (Azidosen) mit Insulin behandelt, von A. Loeser-Berlin. (Zbl. f. Gynäkol., 1928, Nr. 22, S. 1405.) Unter den 45 Fällen befanden sich vier Kranke mit Schwangerschaftsdermatosen, und zwar zwei mit stark juckenden Hautausschlägen unbestimmten Charakters und zwei mit Herpes gestationis. Sämtliche Fälle sind nach Insulin abgeheilt. Bei dem einen Herpesfall trat nach einer Woche ein Rezidiv auf, das mit Insulin ebenfalls wieder zur Heilung gebracht wurde. F. Landauer-Berlin.

Seltene Hautveränderungen bei Schwangeren, von K. Kaiser, Abt. f. Frauenkrkh., Allerheiligen-Hosp. Breslau. (M. Kl., 1928, Nr. 24, S. 933—934.) Bei einem septischen Abort traten im Gesicht zahlreiche Petechien auf, außerdem Verstopfung der Nase durch Blutborken, Hämatombildungen an Injektionsstellen. Diagnose: Purpura septica. Bei einer Erstgebärenden trat am Ende der Schwangerschaft unter Temperatursteigerung ein kleinfleckiges Exanthem auf, das für Masern gehalten wurde. Während der Entbindung (die mit der Geburt eines toten Kindes endete), änderte sich der Charakter des Exanthems, das jetzt urtikariell wurde, konfluierte und im Zentrum abblaßte, so daß Kokardenformen entstanden. Diagnose: Toxisches Exanthem vom Charakter des Erythema exsudativum multiforme. E. Levin-Berlin.

Neurodermitis bei einem Fall von Späteunuchoidismus, von J. Langhans, Univ.-Hautkl. Rostock. (Endokrinol., 1928, Bd. 1, H. 5, S. 337.) Bei einem 49jähr. Manne stellt sich neben Abnahme der Libido, Ausbleiben der Ejakulation und schließlich dem typischen Bild des Späteunuchoidismus ein unerträglicher Juckreiz ein. Beide Ellbeugen, Kniekehlen und die Haut des Rückens sind lichenifiziert. Das gleichzeitige Auftreten einer Neurodermitis und der innersekretorischen Störung

Digitized by Google

läßt einen noch nicht geklärten Zusammenhang annehmen. Die Aufklärung dieser gemeinsamen Ätiologie würde die Therapie der Dermatosen fördern.

F. Rosenthal-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Einseitiger Hydrophthalmus und Feuermal derselben Gesichtshälfte, von J. H. Kaiser, Aug.-Abt. Allg. Krkhs. St. Georg Hamburg. (D. m. W., 1928, Nr. 24, S. 996.) Bericht über einen Fall. Verf. glaubt, daß die klinisch verschiedenen Symptome auf die gleiche Ursache zurückzuführen sind.

F. Harry-Wiesbaden.

The Treatment of Nevi (Naevusbehandlung), von J. V. Klauder-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, H. 22, S. 1763.) Zerstörung von Naevi mittels Ätzmethoden ist schmerzhaft, erfordert lange Behandlungsdauer, ferner ist der Grad der Gewebsstörung schwer kontrollierbar. Röntgen oder Radium beseitigt einen Nävus nur auf Kosten einer Hautschädigung entweder mit Nekrose oder mit Atrophie und Teleangiektasien. Allenfalls kommt für kleinere Naevi Kohlensäureschnee, Elektrolyse oder der Thermokauter in Betracht. Für größere Naevi empfiehlt K. Diathermie entweder als Elektrodesikkation (einpolige oberflächliche Gewebszerstörung) oder als Elektrokoagulation (zweipolige tiefergehende Koagulation des Gewebes) und endlich noch Gewebszerstörung mittels schneidenden Lichtbogens (erzeugt zwischen Elektrode und Gewebe); letztere Anwendungsart hauptsächlich bei erhabenen tumorartigen Naevi. Die Wunden werden mit feuchten Verbänden und Sonnen- oder Ultravioletttbestrahlung behandelt. Bei verdickten, erhabenen oder keloidartigen Narben wird mit Röntgen nachbestrahlt. Gute Abbildungen zeigen die vorzüglichen kosmetischen Resultate dieser Behandlungsmethode. W. Curth-Berlin.

Roentgen-Ray and Radium Treatment of Plantar Warts (Röntgen- und Radiumbehandlung von Schwielen der Fußsohle), von H. H. Hazen-Washington. (Am. J. of Roentgenol., 1928, Bd. 19, Nr. 5, S. 440.) Auf Grund von 157 Fällen, von denen mehr als zwei Drittel Frauen betrafen, spricht sich Verf. zugunsten der Röntgen- und Radiumbehandlung bei Schwielen der Fußsohle aus. Von 120 mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen wurden 112 geheilt. 2 Hauteinheitsdosen (bis 2,0 mm Al-Filter bei dicken Schwielen, 7½ Zoll Funkenlänge) sind notwendig. Bei der Radiumbehandlung, die 21mal durchgeführt wurde, kamen 20 mg enthaltende Nadeln zur Anwendung. 15mal wurde die Behandlung von Röntgen und Radium kombiniert. Die Fußsohle wird bis auf die Schwielen selber abgedeckt. Die Resultate der Radiumbehandlung sind mindestens so günstig wie die der Röntgenbehandlung.

H. Holthusen-Hamburg.

Über eine bisher unbeachtete Knötchenerkrankung der Gesichtshaut, von H. Königstein-Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 19, S. 655.) Verf. beobachtete bei 3 Fällen (Frauen) im Gesicht, auf der Nase und an beiden Wangen meist isoliert stehende, leicht transparente, hirsekorn- bis linsengroße, flach- oder halbkugelig gestaltete Effloreszenzen, die in normaler Umgebung sitzen, von der sie sich hinsichtlich der Farbe wenig unterscheiden. Keine subjektiven Beschwerden. Rasche Beseitigung der Affektion durch Röntgenbestrahlung. Mikroskopisch sieht man scharf umschriebene Knötchen im Stratum reticulare, die sich zusammensetzen aus lymphozytären Elementen durchzogen von zarten Bindegewebstreifen und Gefäßen, zuweilen auch Riesenzellen, Leukozyten, vereinzelte Plasmazellen und eosinophile Zellen, die an Lymphogranulomatose denken lassen. M. Cohn-Dresden.

Regressive Störungen und Atrophien

Zur Frage der Sclerodermia alba guttata superficialis, von Mgebrow und Brodsky. (Arbeiten des Odessaer Dermato-Venerolog. Instituts, 1927, S. 159 [russisch].) Drei eigene beschriebene Fälle von White spot Sclerodermie, für welche die Verff. die in der Überschrift genannte Bezeichnung vorschlagen.

A. Jordan-Moskau.

Sulfosalizylsäure gegen geschwürige Prozesse, Dekubitus und Ulcera cruris, von Drewitz, Inn. Abt. Wenzel-Hancke-Krkhs. Breslau. (D. m. W., 1928, H. 22, S. 921.) Empfehlung des Präparates „Sulfogran", das Sulfosalizylsäure in 1%iger Mischung enthält. Sulfosalizylsäure ist ein vorzügliches Desinfiziens und fördert die Granulationsbildung und Überhäutung. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Behandlung der Ulcera cruris sowie anderer nichtspezifischer Geschwüre und Wunden mit Pyoctannintinktur und Pellidol-Bolussalbe, von R. Tenenwurzel. (W. m. W., 1928, Nr. 21, S. 687.) Verf. empfiehlt für die im Titel genannten Indikationen ein- bis zweimal täglich, je nach dem Zustand der Sekretion, Einpinselung mit einer 1—2%igen Pyoktannintinktur und darauffolgende Applikation folgender Salbe: Pellidol 0,1, Bolus alba 1,9, Vasel. alb. amer. ad 100,0. Dabei soll die Pyoktannintinktur desinfizierend, austrocknend und sekretionshemmend wirken, das Pellidol granulationsanregend und Bolus alba schwach adstringierend und antiphlogistisch. E. Langer-Berlin.

Maligne Neubildungen

Cancer du goudron et verrue du goudron chez le lapin (Teerkrebs und Teerwarze beim Kaninchen), von A. Babès u. L. Serbanesco. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 18, S. 1642—1644.) Bei Teerpinselungen am Ohr von Kaninchen entstehen eigentliche Teerkrebse und Teerwarzen, letztere jedoch nur bei einer viel geringeren Zahl von Tieren. Sie gehen nicht etwa der Krebsbildung voraus und bewahren, selbst wenn sie eine beträchtliche Größe erlangen, den warzenartigen Charakter. Während der Teerkrebs während der Anwendung der Teerpinselungen auftritt, zeigen sich die Warzen erst nach dem Sistieren der Pinselungen und Entfernen des von der letzten Pinselung herrührenden Teers. Hingegen saßen sie stets an den gepinselten Stellen, während der Krebs sich sehr häufig an nicht gepinselten entwickelt. Die beiden verschiedenen Formen werden wahrscheinlich durch verschiedene Bestandteile des Teers erzeugt. E. Levin-Berlin.

Cancer du goudron obtenu, chez le lapin, par le goudron de Roumanie (Teerkrebs beim Kaninchen durch rumänischen Teer erzeugt), von A. Babès u. L. Serbanesco. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 15, S. 1367—1368.) Mit rumänischem Teer konnte bei Kaninchen Krebs erzeugt werden. Ein positives Resultat trat aber nicht bei allen Tieren ein, es spielt deren Rasse dabei eine Rolle, während die Farbe des Tieres sowie die Temperatur des Teers nicht von Einfluß zu sein scheint. E. Levin-Berlin.

Guérison spontanée du cancer précoce du goudron chez le lapin (Spontane Heilung des frühzeitigen Teerkrebses beim Kaninchen), von A. Babès u. L. Serbanesco. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 16, S. 1459—1461.) Als frühzeitig können Teerkrebse bezeichnet werden, die eher als 20 Tage nach dem Beginn der Teerpinselung auftreten. In 2 Fällen, in denen der Krebs 18 bzw. 19 Tage nach dem Beginn der Teerpinselungen aufgetreten war, zeigte sich nach einer zum Zwecke der histologischen Untersuchung vorgenommenen teilweisen Exzision zunächst eine Vergrößerung des zurückgebliebenen Tumors über die ursprüngliche Größe hinaus, dann eine Verkleinerung, die mit völligem Schwinden endete. Es blieb eine glatte Narbe, auch histologisch war keine Spur pathologischen Gewebes mehr nachweisbar. Gegen die krebsige Natur der experimentell erzeugten Neubildung spricht diese Tatsache aber nicht, da derartige, auf Steigerung der Abwehrkräfte des Organismus beruhende spontane Heilungen auch bei den später auftretenden experimentellen Krebsen und auch beim spontanen Krebs des Menschen, besonders dem der Haut, vorkommen. E. Levin-Berlin.

Contribution à l'étude du précancer (Über Präkanzerose), von Ch. Dejean. (Presse méd., 1928, Nr. 36, S. 565.) Seine Charakteristika sind: 1. epitheliale Hyperplasie (reicht bis ins Rete Malpighii); 2. Vorgänge der Mitose sind beschleunigt; 3. Hyperkeratose (fast stets vorhanden). Fehlt nie bei der Bowenschen Krankheit, oft beim Paget; 4. Zelldeformationen (Hypertrophie des Kerns, Ungleichheiten des Volumens, Färbung, Form). D. Abel-Lörrach.

Mule-spinners' Cancer and Mineral Oils (Baumwollspinnerkrebs und Mineralöle), von C. C. Twort u. H. R. Ing. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5459, S. 752.) Verf. hat neben den in den Spinnwerkstätten verwandten Ölen noch verschiedene andere Mineralöle auf ihre karzinogenen Eigenschaften hin untersucht. Es ließen sich mit den gewöhnlichen amerikanischen Petrolölen nur selten Epitheliome erzeugen, niemals mit Maschinenöl und dem in Baumwoll- und Wollspinnereien verwandten Öl. Dagegen erwies sich das Teeröl als sehr geeignet zur experimentellen Krebserzeugung. Durch höher fraktionierte Destillation läßt sich der karzinogene Effekt bedeutend verstärken, während Extraktion mittels Schwefelsäure die karzinom-

Digitized by Google

erzeugenden Stoffe zu reduzieren bzw. eliminieren scheint. Die Versuche wurden mittels Hautpinselungen an der Maus angestellt, während intraperitoneale und subkutane Injektionen sämtlich negativ verliefen. B. Peiser-Berlin.

Über Krebs und Krebsbehandlung, von O. Strauß-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 19. S. 746—749, Nr. 20, S. 785—788, Nr. 21, S. 824—827, Nr. 22, S. 866—869.) Sammelreferat. E. Levin-Berlin.

A Double Active Electrode for Diathermic Coagulation in Cancer (Aktive Doppelelektrode zur Elektrokoagulation von Karzinomen), von I. Levin-New York. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, H. 22, S. 1789.) Angabe einer Elektrode, bei der sich zwei aktive Elektroden in einem Handgriff befinden; Koagulation erfolgt ohne Anwendung einer indifferenten Elektrode. Im Handgriff befinden sich die Leitungen isoliert in 3 mm Entfernung, die Elektroden sind in 5 mm Abstand. Funkenüberschlag wurde weder zwischen den Elektroden noch zwischen Elektrode und Gewebe beobachtet, vielmehr nur gute Koagulationswirkung; Vorbedingung ist allerdings ein Diathermieapparat, der statt Funkenstrecken de Forrestsche Verstärkerröhren enthält; dieser Apparat liefert kontinuierliche ungedämpfte Wechselströme mit geringer Intensität und fast keiner Funkenbildung. Der Nachteil bei der Anwendung einer großen indifferenten und einer kleinen aktiven Elektrode liegt darin, daß in einiger Entfernung von der letzteren noch starke Wärmeentwicklung stattfindet, die meist das gesunde Gewebe um einen Tumor herum schädigt; ferner kann die Tiefe der Einwirkung nicht kontrolliert werden, so daß infolge Gefäßwandschädigungen Nachblutungen auftreten können. Bei großer Entfernung zwischen den beiden Elektroden treten häufig allgemeine Gefäßstörungen und sogar mitunter Chokwirkungen auf.
W. Curth-Berlin.

Zur Radiumbehandlung der Mundhöhlenkrebse, von L. Halberstaedter, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1928, Bd. 27, H. 1/2, S. 60.) Besprechung der nicht ermutigenden Ergebnisse von Operationen und Röntgentherapie der Mundhöhlenkrebse. Bessere Resultate sind mit der Radiumbehandlung erzielt worden. Verf. hat die von Muir und die von Regaud angegebenen Methoden von intratumoraler Anwendung radioaktiver Präparate modifiziert und hat schließlich Goldnadeln von 0,3 mm Wandstärke, mit Thor X gefüllt, angewandt. Der intratumoralen Behandlung geht stets eine Röntgenbehandlung von außen mit Einschluß der gefährdeten Drüsenregionen voraus. Außerdem wird sofort eine Jod-Arsen-Injektionsbehandlung eingeleitet. Es sind bei dieser Methode so günstige Resultate erzielt worden wie bei keiner anderen strahlentherapeutischen Methode. Über Dauererfolge ist wegen der Kürze der Beobachtungszeit (etwa 2 Jahre) noch nichts auszusagen. Sehr anschauliche Bilder illustrieren die interessanten Berichte.
W. Curth-Berlin.

Die Diathermotherapie bösartiger Neubildungen, von A. Simons, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Charité Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1928, Bd. 27, H. 1/2, S. 90.) Die Kombination von strahlentherapeutischen Maßnahmen mit chirurgischer Diathermie wird angewandt bei Tumoren, die strahlenrefraktär geworden sind oder sich histologisch als wenig radiosensibel erweisen, bei malignen Geschwülsten auf pathologisch veränderter Haut, bei Neubildungen, die nicht oder nur schwer in ihrem ganzen Umfange mit genügender Strahlenmenge zu durchsetzen sind, bei Bestehenbleiben von Tumorresten trotz vorangegangener kräftiger Strahlenreaktion, bei Ablehnung von Radikaloperationen. Grundsätzlich wird nach Diathermieanwendung zur Zerstörung postoperativer Neubildungen postoperativ bestrahlt. Zahlreiche Erfolge, wo eins der beiden Verfahren versagte (Abbildungen).
W. Curth-Berlin.

Mund und Nase

Rhinoscleroma, von F. A. Figi. (Proc. Staff Meet. Mayo Cl., 1928, Bd. 3, Nr. 15, S. 118.) Ein Fall von ausgedehntem Rhinosklerom bei einem geborenen Amerikaner: Neben Anamnese und Verlauf wurde die Diagnose gesichert durch den mikroskopischen Befund der großen Mikuliczschen Zellen und frischer Bazillen, die zuweilen zahlreich in diesen Zellen vorkamen. Therapeutisch erfolgreich war Radiumbehandlung, Jod innerlich sowie Injektionen mit Eigenvakzine.
D. M. Loewenstein-Bad Nauheim.

Digitized by Google

Talg- und Schweißdrüsen

Über die Behandlung der Schweißdrüsenentzündung, von W. Goldschmidt. (W. kl. W., 1928, Nr. 20, S. 705.) Richtlinien für die Praxis.

Eine neue Operationsmethode des Atheroms, von E. Fischer. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 3, S. 549.) Kleiner Längsschnitt, der das Atherom eröffnet. Drückt man dann den Atherominhalt aus, so ist es leicht, von dem kleinen Schnitt aus den Atherombalg mit einer Pinzette vorzuziehen und zu exstirpieren. Man kann so von einem wesentlich kleineren Schnitt aus (kleinere Narbe) dasselbe Resultat erreichen, was als kosmetischer Vorteil zu buchen ist.

A. Rosenburg-Mannheim.

Ablation des „loupes" du cuir chevelu (Abtragung der Atherome des behaarten Kopfes), von P. Michon. (Presse méd., 1928, Nr. 36, S. 572.) Lokalanästhesie. 2 Formen des Eingriffs: 1. Kleine bis erbsengroße: Exzision. 2. Große, welche die Haut emporwölben: Inzision, Expression des Inhalts und Ausschälen. Naht.

D. Abel-Lörrach.

Haare und Nägel

Haarausfall am lateralen Anteil der Augenbraue, von P. Neuda-Wien-Bad Hall. (W. kl. W., 1928, Nr. 14, S. 482.) Der bei der Thalliumalopezie beschriebene Haarausfall im lateralen Teil der Augenbraue wurde vom Verf. in vielen Fällen (ohne Thalliumbehandlung) beobachtet, zusammen mit gastrointestinalen Störungen, Erscheinungen seitens des Nervensystems, Neigung zu Neuritiden, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Arthralgien und vor allem mit Keimorganschädigung. Im Gegensatz zu Buschke führt Verf. das verschiedene Verhalten des medialen und lateralen Augenbrauenanteils auf die verschiedene sensible Innervation zurück (medial 1. Ast des Nerv. V, lateral 2. Ast des Nerv. V). Diese verschiedene Innervation kommt auch in pathologischer Hinsicht zum Ausdruck. Der Haarausfall im lateralen Augenbrauenteil ist sowohl bei der Thalliumvergiftung wie in den Fällen des Verf. Teilerscheinung des gleichen Symptomenkomplexes, hervorgerufen durch Bildung eines endogenen Stoffwechselgiftes (Alkalose, Säuerung im Magen-Darmkanal), durch welches eine Störung des ganzen endokrinen Zweiges, vor allem des Keimorganes, bewirkt wird.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Neuer Epilationsgriff, von B. Kende, Kl. Finger, Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 11, S. 382.) Beschreibung mit Abbildung.

H. Lewinsky-Berlin.

Treatment for Split Finger-Nails (Behandlung gespaltener Fingernägel), von W. W. Carter-New York. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 20, S. 1619.) Bei einem 18jährigen, seit 6 Jahren an einem gespaltenen Fingernagel leidenden Mädchen, behandelte Verf. folgendermaßen: Er ließ den Fingernagel etwa 1 cm über den Fingerrand wachsen. Den in dem überstehenden Teil des Nagels bestehenden Spalt vernähte er mit drei festen Nähten. Eine vierte Naht folgte später. Von da ab wuchs der Nagel ungespalten nach. Heilung in 6 Wochen.

H. Colman-Berlin.

Dermatomykosen

Epidémie de trichophytie cutanée déterminée par le Trichophyton niveum radians (Sabouraud). Polymorphisme des lésions, réactions humorales (Epidemie einer Hauttrichophytie durch Trichophyton niveum radians [Sabouraud]; Polymorphie der Erscheinungen, Blutreaktionen), von P. Ravaut. (Presse méd., 1928, Nr. 39, S. 609.) Verf. berichtet über eine von 1923—1927 dauernde Epidemie von Hauttrichophytie bei 194 Frauen, Angestellte im Finanzministerium. Parasit wurde durch eine Katze eingeschleppt. Da die Patientinnen ihre Arbeitsblusen miteinander tauschten, erfolgte die Verbreitung. Besonders auffallend war, daß derselbe Parasit verschiedene Erkrankungsformen zeigte, erinnernd an Formen der Psoriasis, Pityriasis rosea, Ekzematoid, Lichen planus usw. Hautreaktion 8 Tage nach Krankheitsbeginn auf Trichophytininjektion positiv, oft noch sehr lange positiv, nachdem Krankheit abgeheilt.

D. Abel-Lörrach.

Dermatophytosis of Extremities Associated with Peripheral Occlusive Endarteritis, Preliminary Report of Clinical and Therapeutic Observations (Dermatophytosis der Extremitäten, vergesellschaftet mit obliterierender Endarteriitis. Vorläufiger Bericht der klinischen und therapeutischen Beobachtungen), von

Digitized by Google

C. White-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 23, S. 1865.) 3 Krankengeschichten: 1. 64jähr. Mann mit etwas erhöhtem Blutzucker erkrankt an einer mit hochgradigen Entzündungserscheinungen einhergehenden Pilzdermatitis des linken Fußes. Unter lokaler Behandlung Verschlimmerung. Zufällig wurde an diesem Fuß ein völliges Fehlen des Pulses und andere Erscheinungen, die für Endarteriitis obliterans sprachen, gefunden. Intravenöse Injektionen von 5—12—20 cm Na citric. führten in 3 Wochen zur Heilung. Verf. nimmt an, daß die Ernährungsstörung die an und für sich leichte Pilzerkrankung aktiviert hat. 2. 42jähr. Mann mit einem parasitären Ulkus am rechten inneren Knöchel mit interdigitalen Ekzemen und Nachweis von Trichophyton interdigitale zeigt denselben Gefäßbefund und wird, nachdem jede lokale Therapie versagte, durch gleiche Therapie wie Fall 1 geheilt. 3. 25jähr. Mann hat seit einem Jahr ein Ekzem an 3 Zehen mit gleicher lokaler Endarteriitis. Gleiche intravenöse Therapie mit vollem Erfolg.

H. Colman-Berlin.

Die Behandlung der Pilzerkrankungen mit Thallium, von Sacharjewskaja und A. Petrow. (Wratschebnaja Gaseta, 1928, Nr. 9.) Die Wirksamkeit des essigsauren Thalliums steht der der Röntgenstrahlen nach. Da die Röntgenstrahlen bis zum 5. Jahr nicht in Frage kommen, so bildet das Thallium in diesem Alter das einzige Epilationsmittel, indessen gibt die noch nicht genügende Erfahrung in bezug auf diese Behandlung uns nicht das Recht, das Thallium in großem Maßstabe zu verwenden. Jedenfalls ist seine Anwendung nur unter Aufsicht des Arztes möglich.

A. Jordan-Moskau.

L'intradermo-réaction dans l'actinomycose. Réaction spécifique de la peau avec le filtrat de culture d'actinomyces bovis (Die Intrakutanreaktion bei der Aktinomykose. Spezifische Reaktion der Haut mit dem Filtrat von Kulturen von Actinomyces bovis), von A.-E. de Area Leao. (Compt. rend. Soc. de Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 17, S. 1575—1576.) Geringe Mengen eines Filtrates von Kulturen von Actinomyces bovis intrakutan eingespritzt gaben bei Aktinomyzes-Kranken starke örtliche Reaktionen, die bei Gesunden ausblieben. Kontrolleinspritzungen bei ersteren mit dem für die Kulturen verwendeten Nährboden verliefen reaktionslos. Es handelt sich also um eine spezifische Reaktion, die für die Diagnose versteckter Aktinomykose-Erkrankungen von großer Bedeutung sein kann. E. Levin-Berlin.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

The Causation of Creeping Eruption (Die Ursache der „Creeping eruption"), von G. F. White-Washington u. W. E. Dove-Dallas, Texas. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 21, S. 1701.) Verf. zeigt in mehreren Photographien experimentell erzeugte Creeping eruption. Seinen Untersuchungen nach gibt es mehrere Erreger dieser Krankheit, so z. B. fliegende Larven und Entwicklungsvorstadien einer Gnathostosoma genannten Nematode. Verf. untersucht hier einen weiteren Erreger, nämlich die Larve eines auf Hunden und Katzen lebenden Hakenwurms, „Ankylostoma brasiliense". Diese Larven gewann Verf. aus menschlichen Effloreszenzen und aus den Fäzes von Hunden und Katzen, implantierte sie in menschliche Haut und erzeugte so die Krankheit. Bei der Autopsie von Hunden und Katzen fanden sich die Larven von A. brasiliense und A. caninum. Mit den Larven III. Stadiums ließ sich nur von ersteren die Creeping eruption erzeugen. H. Colman-Berlin.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Akute infektiöse Exantheme, von H. Koch. (W. kl. W., 1928, Nr. 19, S. 675.) Fortbildungsvortrag.

Weitere experimentelle und klinische Untersuchungen über den Scharlach. IV. Streptokokkenbefunde in Scharlachschuppen, bei Scharlachrekonvaleszenten und in der Umgebung der Kranken, von H. Deicher. Rud. Virch.-Krhs. und Inst. „Robert Koch" Berlin (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1928, Bd. 108, H. 1, S. 167.) Bei Untersuchungen der Hautschuppen von Scharlachrekonvaleszenten fanden sich keine Scharlachstreptokokken; dagegen ließ sich nach der üblichen sechswöchigen Isolierung auf den Tonsillen sämtlicher zur Entlassung kommender Rekonvaleszenten hämolytische Streptokokken nachweisen, die den Grund für die Häufigkeit der Heimkehrfälle auch bei abgeschuppten Individuen abgeben. Es ist daher anzustreben, daß

Digitized by Google

der Zeitpunkt der Entlassung wie bei der Diphtherie von der Keimfreiheit der Mundhöhle abhängig gemacht wird. (Bakterielle Untersuchung des Rachenabstrichs.)
R. Ley-Kreuznach.

Weitere experimentelle und klinische Untersuchungen über den Scharlach, V. Über die Veränderlichkeit der Scharlachstreptokokken, von U. Friedemann, H. Deicher u. L. Abraham, Rud.-Virch.-Krkhs. u. Inst. „Robert Koch" Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1928, Bd. 108, H. 1, S. 181.) Aus einem grünwachsenden Stamm von Streptokokken, der aus dem Rachen eines scharlachrekonvaleszenten Kindes stammte, konnten Verff. durch Mäusepassage einen hämolytischen, spezifisch toxinbildenden Scharlachstreptokokkus gewinnen. Diese Umwandlung gelang nicht immer mit einem Schlage, sondern war oft erst durch mehrfache Tierpassagen und eine wiederholte Umzüchtung in Bouillon erreichbar. Auch von Einzelkulturen ausgehend vermochten die Untersucher hämolytisch-toxinbildende Streptokokken in atoxische grünwachsende umzubilden und diese wiederum in ihre ursprüngliche Form zurückzuverwandeln.
R. Ley-Kreuznach.

Ulzero-nekrotische Glossitis bei Scharlach, von J. Berger, Univ.-Kinderkl. Kiel. (Mschr. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 38, H. 4/5, S. 289.) Verf. berichtet über einen Fall von Glossitis bei Scharlach, bei dem von einer schweren Scharlachangina ausgehend, zahlreiche Geschwüre am Zungenrand, an der Oberfläche der Zunge, an der Unterlippe, schließlich auch in den Mundwinkeln sich bildeten. Die Belege sind schmierig, zerfließlich, ohne membranöse Auflagerungen. Wangenschleimhaut und Zahnfleisch sind nicht befallen. Trotz des schweren Allgemeinzustandes kam es doch in 5 Wochen zu einer allmählichen Abheilung und schließlich völligen Gesundung des Kindes.
R. Ley-Kreuznach.

Zur Kenntnis der Ätiologie der Masern, von B. Lipschütz. (W. kl. W., 1928, Nr. 11, S. 365.) In der vollausgebildeten Masernroseola lassen sich im mikroskopischen Bilde Veränderungen nachweisen, die wahrscheinlich pathologische Zustandsänderungen des Mikrozentrums bedeuten. Innerhalb des Protoplasmas der geschwollenen Histiozyten oder des Deck- oder Follikelepithels, liegen etwa 0,2—0,3 μ große Körperchen, die sich mit Hämatoxylin und Eisenhämatoxylin intensiv färben, Befunde, denen die Rolle eines gruppencharakteristischen Merkmales zukommt. Zellen mit diesen Einschlüssen, „Dyszentrozyten oder Zentrozyten" genannt, sind auch in der Roseola beim Tierexperiment am Rhesus-Affen nachweisbar.
H. Lewinsky-Berlin.

Erstimpflingsalter und postvakzinale Erkrankungen des Zentralnervensystems, von W. F. Winkler, Hyg. Univ.-Inst. Rostock. (M. Kl., 1928, Nr. 22, S. 858). Das Auftreten postvakzinaler Erkrankungen des Zentralnervensystems ist besonders bei älteren Erstimpflingen beobachtet worden. Es kann das damit zusammenhängen, daß Säuglinge noch über eine gewisse angeborene Immunität verfügen, ihr Zentralnervensystem keine große Empfindlichkeit für das die Enzephalitiden und Myelitiden erzeugende Krankheitsvirus besitzt und sie noch nicht so stark mit allerlei Virusarten durchseucht sind, die durch die Kuhpockenimpfung aktiviert und Ursache der Erkrankung werden können. Aus diesen Gründen muß Bestrebungen, die Erstimpfung hinauszuschieben, entschieden entgegengetreten werden.
E. Levin-Berlin.

Über die Bedeutung des Retikuloendothels für die Generalisierung des Vakzinevirus, von A. Goldmann, Inst. z. Erforsch. d. Infkrht. Bern. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 105, H. 6/8, S. 333.) Das Retikuloendothel ist für den Verlauf der Vakzineinfektion sowie für die Frage der Generalisierung des Vakzinevirus im Tierorganismus von entscheidender Bedeutung. Bei blockierten (intravenöse Tuscheinjektionen) Tieren (Kaninchen und Meerschweinchen) ist das Inkubationsstadium deutlich verkürzt, die Reaktionserscheinungen schwächer, die Heilung rascher. Bei blockierten Tieren fand Verf. das Vakzinevirus nach 2 bis 4 Tagen im Blute, während bei den Kontrolltieren nach 7 bzw. 10 Tagen das Blut stets virusfrei war.
S. Habermann-Prag.

Über den Nachweis von Vakzine- und Herpesvirus mittels Komplementablenkung mit Koktoantigen, von E. Gildemeister und G. Heuer, Reichsgesundheitsamt Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 105, H. 6/8, S. 326.) Herstellung der Immunsera und Technik der Komplementbindung erfolgten genau nach Vorschrift von Takaki. Hierbei gelang es Verff. Pockenimmunsera herzustellen, die mit pockenvirusenthaltendem Hirn positive Komplementbindungsreaktionen geben, doch

Digitized by Google

ist diese Methode dem Vakzinenachweis durch den Tierversuch unterlegen. Der Nachweis von Herpesvirus gelang nicht, so daß die Komplementbindungsmethode für ungeeignet befunden wird, um im Krankenserum Vakzine- oder Herpesantikörper zu differenzieren. S. Habermann-Prag.

Lepra

Zur Färbung der Leprabazillen, von O. Rüdel-Rio Grande. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 6/7, S. 357.) Empfehlung von stark verdünnten Farblösungen zur besseren Färbung von Leprabazillen. Verf. verdünnt die übliche Lichtsche Karbolfuchsinlösung mit 1/4—1/2 Wasser, Löfflers Methylenblau und die Schwefelsäure ää pts. mit Wasser. P. Unna jr.-Hamburg.

On Two Recoveries from Anaesthetic Leprosy Following Protein Shock Treatment (Über Heilung anästhetischer Lepra nach Proteinchokbehandlung, von Ph. Manson-Bahr, London. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5466, S. 1111.) Manson Bahr beschreibt die an Heilung grenzende Besserung von Lepriden in zwei Fällen von Lepra anaesthetica. Im ersten Falle um weiße Flecken am Knie bei einem orientalischen Studenten mit positivem Leprabazillenbefund. Die Behandlung mit intravenösen Injektionen von Hassonscher Vakzine (15 Milliarden abgetötete Pyozyaneusbazillen und 5 Milliarden abgetötete Leprabazillen) ergab etwa innerhalb eines Jahres vollkommenes Verschwinden aller klinischen Erscheinungen mit Einschluß der Anästhesien. Im zweiten Falle handelte es sich ebenfalls um einen asiatischen Studenten mit anästhetischen Flecken an beiden Armen sowie starker Anschwellung und Verhärtung beider Nn. ulnares, ferner Atrophie der Interossei. Bazillenbefund jedoch negativ. Durch intravenöse Injektionen von Typhus- und Paratyphusvakzine (50 Millionen Keime ansteigend bis zu 250 Millionen Keimen) gelang es innerhalb eines halben Jahres alle Erscheinungen völlig zum Verschwinden zu bringen. Verf. führt die Heilwirkung auf den Proteinchok zurück. P. Unna jr.-Hamburg.

Rivanol bei der Leprabehandlung, von W. H. Hoffmann-Habana. (Kl. W., 1928, Nr. 24, S. 1159.) Verf. hat bei geschwürigen leprösen Veränderungen die Verwendung von Rivanolpulver versucht. Es ergab sich dabei eine überraschend günstige Einwirkung, die zu einer raschen Heilung der Geschwüre führte. Es handelt sich zwar keineswegs um eine spezifische Beeinflussung der leprösen Geschwüre durch das Rivanolpulver, aber die Wirkung ist eine so auffallende, daß dem Mittel doch eine besondere Bedeutung als unterstützendes Heilmittel gegen die Lepra zukommt, denn die schnelle Schließung der Geschwüre stellt einen großen Fortschritt in der Behandlung und Bekämpfung der Lepra dar. E. Langer-Berlin.

Tuberkulose

Kolbenkranzbildung um tote Tuberkelbazillen als Reaktion des Wirtsorganismus. Ein Beitrag zur Genese der Aktinomyzesformen, von K. Meyer, Bakt.-Abt. Rud.-Virch.-Krkhs., u. E. Meyer, Path.-anat. Abt. Krkhs. Am Urban Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1928, Bd. 108, H. 1, S. 38.) Nach intravenöser Injektion abgetöteter Tuberkelbazillen, welche in der fünfhundertfachen Menge Kochsalzlösung aufgeschwemmt waren, fanden sich bei Kaninchen in der Lunge Haufen von grampositiven säurefesten Bazillen in Riesenzellen, säurefeste Körnchenhaufen und homogene säurefeste Massen in der Größe des Bazillenhaufens, ferner Gebilde, die aus einem grampositiven zentralen säurefesten Bazillenhaufen und einem gramnegativen eosinophilen Strahlen- oder Kolbenkranz bestehen, schließlich Gebilde ohne zentralen Bakterienhaufen, bloß aus eosinophilen Kolben bestehend. Die Kolben stammen nicht von den Tuberkelbazillen, sondern vom Wirtsorganismus. Die Bildung der Kolben („Kolbenreaktion") ist den aktinomyzesähnlichen Rosetten um elastische Fasern in tuberkulösen Kavernen an die Seite zu stellen. Das Vorstadium der Kolbenbildung um tote Tuberkelbazillen ist die Zoogloea. Die Kolbenreaktion kann die Antwort auf den Reiz lebender Tuberkelbazillen sein, ebenso wie auf lebende Aktinomyzeten und Aktinobazillen sowie auf Staphylokokken; auch unorganische Stoffe, wie Tellur, können zur Kolbenbildung führen. F. Winkler-Wien.

Influence du vieillissement sur les sérums soumis à la réaction de Vernes à la résorcine (Einfluß des Alterns auf Seren bei Anstellen der Resorzinreaktion von Vernes), von A. Breton. (Compt. rend. Soc. de Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 16, S. 1429 bis 1431.) Wurden Seren bei Laboratoriumstemperaturen gehalten und mit ihnen eine Zeitlang hintereinander die Resorzin-Flockungsprobe angestellt, so zeigten sich

Digitized by Google

beträchtliche Veränderungen der Flockungswerte sowohl nach der positiven wie nach der negativen Seite, die aber keinem bestimmten Gesetz unterworfen waren. Die Tuberkulosereaktion von Vernes soll deshalb stets nur mit höchstens 24 Stunden zuvor entnommenem Blute ausgeführt werden. E. Levin-Berlin.

Intrakutane Schweißinjektionen und Tuberkulose, von E. Dorn. (Zschr. f. Tbc., 1928, Bd. 51, H. 2, S. 134.) Im Schweiß aktiv Tuberkulöser sind — ähnlich wie im Urin — gewisse Substanzen mit antigenartiger Eigenschaft enthalten, die der Gruppe der Tuberkuline sehr nahestehen. Von 171 intrakutanen Schweißinjektionen entsprechen 81,3% den theoretischen Erwägungen sowohl bei Gesunden, Leichtkranken, wie bei Mittelschwer- und Schwerkranken. Die Reaktion ist als spezifisch für Tuberkulose anzusehen. Positive Reaktion spricht im allgemeinen für, negative gegen aktive Tuberkulose des Schweißspenders. Mit dem Schweiß von Leichtkranken konnte meist keine Reaktion ausgelöst werden: Die Diagnose auf aktive Tuberkulose des Schweißspenders ist in den meisten Fällen möglich, soweit es sich um mittelschwer- oder schwerkranke Tuberkulöse handelt und der Schweißempfänger eine Tuberkulinempfindlichkeit hat. Eine beginnende aktive Tuberkulose kann durch die Schweißinjektion nicht festgestellt werden. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Zum Tuberkulinproblem, von H. Koch. (W. kl. W., 1928, Nr. 14, S. 491.) Ausgehend von der Erwägung, daß vielleicht die langsame und stetige Tuberkulinresorption zur Überempfindlichkeit führen kann, injizierte Verf. gesunden Meerschweinchen eine mit Tuberkulin versetzte Mischung von Olivenöl, Meta-Cholesterin und Myrizin. In diesem Vehikel kommt das Tuberkulin nur langsam zur Resorption. Die 3 Wochen später vorgenommene Prüfung der Tuberkulinempfindlichkeit (durch intrakutane Injektion von 1:100 ccm Tuberkulin) ergab regelmäßig eine starke Reaktion. Es fand sich bei der histologischen Untersuchung eine banale Entzündung, die nicht den Charakter einer tuberkulösen Entzündung hatte. Die Injektionsmasse war vollständig resorbiert, und es konnten an der Injektionsstelle keine entzündlichen Erscheinungen gefunden werden. Zur Entstehung der Tuberkulinüberempfindlichkeit ist also keine Entzündung notwendig; wahrscheinlich ist die langsame Resorption die Ursache für die Entstehung der Überempfindlichkeit. Es ist nach diesen Versuchen möglich, den tuberkulosefreien Organismus auf Tuberkulin überempfindlich zu machen. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Die Beurteilung des immunbiologischen Zustandes bei der Tuberkulose mit Hilfe des lokalen Blutbildes, von E. Helmreich, Univ.-Kinderkl. Wien. (Zschr. f. Tbc., 1928, Bd. 50, H. 4, S. 289.) Durch das lokale Blutbild wird die morphologische Zusammensetzung des Blutes im Entzündungsherd selbst festgestellt. Zu diesem Zwecke bediente sich Verf. der Blutuntersuchung in der Tuberkulinreaktion, die als eine auf die Haut projizierte perifokale Entzündung aufgefaßt wird. Das lokale Blutbild der Tuberkulinpapel zeigt große quantitative Unterschiede zwischen dem sekundären und tertiären Stadium der Tuberkulose. Es ist im 2. Stadium zellreicher als das allgemeine Blutbild und weist eine weit höhere Lymphozytenzahl auf als dieses, und zwar ist die örtliche Vermehrung der Lymphozyten sowohl eine relative als auch absolute. Im 3. Stadium unterscheidet sich das lokale Blutbild nur wenig vom allgemeinen Blutbild, insbesondere ist die Lymphozytenvermehrung nur wenig ausgeprägt. Diese Lymphozytose im Verein mit der starken perifokalen Entzündung und der Lymphdrüsenschwellung im Sekundärstadium ist als Zeichen der allgemeinen Überempfindlichkeit zu deuten und ist in prognostischer Hinsicht ohne Bedeutung. Durch sie wird das allergische 2. Stadium der zellulären Immunität gegenüber dem 3. Stadium der humoralen Immunität gekennzeichnet. B. Peiser-Berlin.

Zur Frage künstlicher Erhaltung einer erhöhten Empfindlichkeit gegen Tuberkulin, von W. K. Kaiser-Moskau. (Zschr. f. Tbc., 1928, Bd. 50, Nr. 4, S. 329.) Durch Einführung von Tuberkulin subkutan, intraperitoneal und intravenös ließ sich weder beim Kaninchen noch beim Meerschweinchen eine erhöhte Empfindlichkeit gegen Tuberkulin hervorrufen. Bei intrakutaner Verwendung abgetöteter Tuberkelbazillen war nur mit dem Vakzin von Langer eine erhöhte Empfindlichkeit gegen Tuberkulin zu erzielen, jedoch war dieselbe nur schwach ausgeprägt, wenig typisch und unbeständig. B. Peiser-Berlin.

Recherches sur le rapport entre la sensibilité à la tuberculine et l'immunité dans la tuberculose du cobaye. Action des rayons ultraviolets sur ces deux facteurs (Untersuchungen über die Beziehung zwischen der Empfindlichkeit gegen Tuberkulin und der Immunität bei der Tuberkulose des Meerschweinchens. Wirkung

Digitized by Google

der ultravioletten Strahlen auf diese beiden Faktoren), von M. Nasta. (Compt. rend. Soc. de Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 16, S. 1462—1463.) Kaninchen wurden mit Tuberkelbazillen infiziert und nach einiger Zeit bei ihnen die Tuberkulinprobe gemacht und gleichzeitig eine Reinfektion bewirkt. Ein Teil von ihnen wurde vom Tage der Infektion an bis zu dem der Probe und der Reinfektion mit ultravioletten Strahlen bestrahlt. Die tuberkulösen Kaninchen zeigten zu einer Zeit, zu der die Empfindlichkeit gegen Tuberkulin kaum angedeutet war, und (soweit sie bestrahlt waren) noch früher allergische Erscheinungen, die einen gewissen Grad von Resistenz gegen die Reinfektion darstellten. Die Einwirkung der ultravioletten Strahlen zeigte sich nicht nur in der Herabsetzung und Verzögerung der Empfindlichkeit gegen Tuberkulin, sondern auch in einem früheren Auftreten der Abwehrerscheinungen gegen die Reinfektion. Es bestehen also keine Beziehungen zwischen den Immunitätsreaktionen und der Empfindlichkeit gegen Tuberkulin. E. Levin-Berlin.

Hauttuberkulose und Tuberkuloseimmunität, von P. Linser-Tübingen. (Zschr. f. Tbc., 1928, Bd. 51, H. 2, S. 124.) Die Beobachtung der verschiedenen Formen der Hauttuberkulose hat schon früh den Schluß nahegelegt, daß die Haut meist der Sitz starker Schutzkräfte gegen die Tuberkulose sein muß. Zur Klärung der Frage, ob es sich dabei um eine zelluläre oder humorale Immunität handelt, hat Verf. versucht, aktive Hauttuberkulose (Lupus) mit Serum von Leuten zu beeinflussen, die nach ihren klinischen Erscheinungen über starke Schutzkräfte gegen die Infektion verfügen (Patienten mit Tuberkuliden, spontan ausheilende Lupusfälle, gutartige innere Tuberkulosen). Das Serum wurde durch Ausschleudern aus dem Blute oder durch Skarifikation gewonnen und intrakutan das betreffende Lupusgewebe infiltriert. Dabei waren gar keine therapeutischen Erfolge zu verzeichnen. Verf. schließt daraus, daß die Schutzkräfte der Haut nicht durch solche bedingt sein können, die im Blute kreisen. Weiterhin wurde versucht, gutartige Formen von Hauttuberkulose auf gesunde Haut zu transplantieren, was aber in keinem Falle gelang. Verf. zieht daher den Schluß aus diesen Versuchen, daß die Abwehrkräfte gegen die Tuberkulose in der Haut zellulär verankert sind und daß sie nicht ins Serum übergehen. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Cuti-réaction tuberculinique et modifications cutanées (Tuberkulin-Kutireaktion und Hautveränderungen), von H. Saleur u. M. Mosinger. (Compt. rend. Soc. de Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 15, S. 1356—1358.) Wurde bei Personen mit tuberkulösen und andersartigen Hauterscheinungen der Pirquet an gesunder und an erkrankter Haut ausgeführt, so zeigte sich an den tuberkulös veränderten Hautstellen eine stärkere Reaktion als an den unveränderten, hingegen bei Personen, die an gesunder Haut positiv reagierten, keine Reaktion an den Stellen syphilitischer Gummen sowie von Psoriasiseffloreszenzen. Es gibt also Veränderungen, die eine rein örtliche Haut-Anergie bewirken. E. Levin-Berlin.

Tuberkulöser Primäraffekt auf der Oberlippe eines zweijährigen Kindes, von J. Duken, Univ.-Kinderkl. Jena. (Arch. f. Kindhlk., 1928, Bd. 84, H. 3, S. 223.) Die Affektion des Kindes, das von gesunden Eltern stammt, wurde erst als Impetigo erfolglos behandelt, bis die eitrige Einschmelzung der regionären Drüsen und die Fistelbildung auf die richtige Diagnose hinwies. Pirquet positiv. Außer diesem Oberlippengeschwür war nichts von Tbc. nachweisbar, das Ulkus heilte ohne Lokalbehandlung unter Allgemeinbehandlung (Höhensonne usw.) ab.
A. de Lemos-Hamburg.

On the Initial Exanthema and Exanthema of Tuberculosis (Initiale Exantheme und Exantheme bei Tuberkulose), von A. Josefsen u. G. Malmgren. (Acta med. scand., 1928, Suppl.-Bd. 26, S. 196.) Die bei der Tuberkuloseinfektion entstandenen Toxine rufen an der Haut, an den Schleimhäuten und in den Geweben bestimmte Symptome hervor. Das Erythema nodosum ist der Ausdruck des Toxineinflusses auf die Haut, die skrofulöse Konjunktivitis sowie die seröse Pleuritis entsprechen der Wirkung der Toxine auf die Schleimhaut und die fibrösen Gewebe; dazu gehören noch die unter dem Einflusse der Toxine entstehenden Veränderungen an den Gelenken. Diese Reaktionen des Organismus können bei frischen Infektionen und bei unvollständig immunisiertem Körper auftreten; ihr Erscheinen weist auf das Bestehen eines aktiven Giftes hin. F. Winkler-Wien.

Zur Frage des Zusammenhanges der Hauttuberkulose mit Tuberkulose innerer Organe von Blinden. (Arbeiten des Odessaer Dermato-Venerolog. Instituts, 1927, S. 206.) Die Mehrzahl der an Hauttuberkulose Leidenden erkrankte im Alter

Digitized by Google

von 1—15 Jahren; wobei 88,7% viszerale Tbc. aufweist. Der Lupus erythematodes beginnt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, und nur bei 18,5% dieser Kranken ließ sich eine tuberkulöse Affektion der inneren Organe nachweisen.

A. Jordan-Moskau.

Über spezifische Lungenerkrankung bei Lupus pernio und Ostitis tuberculosa multiplex cystoides, von P. Hecht-Stuttgart. (Zschr. f. Tbc., 1928, Bd. 51, H. 2, S. 125.) Bericht über 2 Fälle von Lupus pernio und Ostitis tuberculosa multiplex cystoidea, bei denen die mehrfach beschriebenen, röntgenologisch sehr charakteristischen Veränderungen der Lunge beobachtet wurden. In Analogie mit der Haut- und Knochenerkrankung werden diese als spezifisch tuberkuloide Gewebsreaktionen gedeutet.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Die Bedeutung von Jahreszeit und Witterung für den Lupus vulgaris, von F. Veiel-Stuttgart-Cannstadt. (Zschr. f. Tbc., 1928, Bd. 51, H. 2, S. 129.) Trockene, warme, sonnenreiche Sommer und trockene, kalte sonnenreiche Winter sind für die Lupuskranken günstig, dagegen sind feuchte, sonnenarme Sommer und naßkalte, milde Winter für sie nachteilig. Die gefährlichste Zeit für jeden Lupuskranken sind nicht die ersten Wintermonate, sondern der Vorfrühling, weil dann die Lebensbedingungen für den Tuberkelbazillus besonders günstige sind. Für eventuelle Abheilung kommt der zweiten Hälfte des Sommers und dem Herbst die größte Bedeutung zu. Auch hierfür kommen vielleicht Lebens- und Wachstumsbedingungen des Tuberkelbazillus in Frage.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

A Method of Treating Lupus vulgaris (Eine neue Art der Lupusbehandlung), von A. R., Somerford-Manchester. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5467, S. 1173.) Der Lupusherd wird einmal oder mehrere Male mit einer Lösung von saurem Quecksilbernitrat bepinselt. Darauf mit einer 2,5% Karbolsäure enthaltenden Zinksalbe bedeckt. Luftdichter Verschluß. Nach 48 Stunden, wenn nötig, die gleiche Behandlung. Ist alles tuberkulöse Gewebe zerstört, so wird folgende Salbe appliziert: Ung. hydrarg. oleinic (10%) 7,3; Acid. salicyl. 0,9; Ichthol 0,8; Zinc. oxydat. 2,0; Amyl. 2,0: Paraffin. moll. ad 30,0. Der Verf. berichtet über gute Dauererfolge.

J. Callenberg-Horst Emscher.

Mitaffektion der Schleimhaut bei Tuberkuliden, von Scholnik. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 221.) Zwei Beobachtungen der Verf. von Schleimhautaffektion bei Tuberkuliden beweisen eine derartige Kombination, wobei sich die ersteren als graufarbene Knötchen von verschiedener Größe präsentieren. Im ersten Falle lokalisierten sich dieselben auf den Lippen und der einen Mandel, im anderen auf den Konjunktiven.

A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Apathogenität des BCG.-Stammes. Zur Schutzimpfung nach Calmette, von R. Kraus, Serother. Inst. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 13, S. 441.) Nach Untersuchungen des Verf. an Meerschweinchen und Kaninchen ist der BCG.-Stamm apathogen. Er ist ein „Virus fixe" und unveränderlich in dem Sinne, daß seine Apathogenität eine dauernde ist. Vielleicht findet sogar im Organismus eine weitere Abnahme seiner geringen Virulenz statt. Die Tuberkulinempfindlichkeit der mit dem BCG.-Stamm infizierten Tiere ist eine geringere als der mit virulenten Tuberkelbazillen infizierten Meerschweinchen. Eine allgemeine Anwendung des Impfverfahrens in der Human-Medizin kommt erst dann in Betracht, wenn seine Unschädlichkeit ganz sicher erwiesen ist.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Action des injections répétées de tuberculine sur les cobayes avant reçu de fortes doses de BCG. (Wirkung wiederholter Tuberkulineinspritzungen auf Meerschweinchen, die vorher starke Dosen BCG. erhalten hatten), von M. Nasta u. M. Catzap. (Compt. rend. Soc. de Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 16, S. 1464—1465.) Meerschweinchen, denen 0,01 BCG. (= avirulente Bazillen Calmette-Guérin) intraperitoneal eingespritzt worden waren, wurden mit Serien teils subkutaner, teils intrakutaner Tuberkulineinspritzungen behandelt. Sie nahmen dabei an Gewicht zu und verhielten sich bei der Sektion wie die gleichfalls mit BCG. geimpften, nicht mit Tuberkulin behandelten Kontrolltiere, d. h. sie zeigten keinerlei Zeichen einer Verallgemeinerung der Läsionen oder einer Aktivierung der Infektion, die darauf schließen lassen könnte, daß die ihnen einverleibten Bazillen eine Virulenzsteigerung erfahren hatten.

E. Levin-Berlin.

Lésions consécutives à l'injection sous-cutanée de bacilles biliés de Calmette et Guérin (BCG.) au cobaye. Tentatives infructueuses de réinoculation (Läsionen

Digitized by Google

im Gefolge subkutaner Einspritzungen mit Calmette-Guérinschen Bazillen [BCG.] beim Meerschweinchen. Vergebliche Reinokulationsversuche), von E. Leuret u. J. Caussimon. (Compt. rend. Soc. de Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 17, S. 1537—1538.) Bei einzelnen mit BCG. subkutan geimpften Meerschweinchen zeigten sich an den Impfstellen kleine Knötchen, die dicken käsigen Eiter enthielten. Die Tiere wiesen makroskopisch und mikroskopisch keinerlei Organveränderungen auf. Subkutane und intraperitoneale Impfungen mit diesem Eiter auf weitere Meerschweinchen fielen vollkommen negativ aus. Es ergibt sich daraus die außerordentliche Abschwächung der Virulenz der Calmette-Guérinschen Bazillen. E. Levin-Berlin.

Stellungnahme zur Calmetteschen Impfung, von C. Pirquet. (W. m. W., 1928, Nr. 23, S. 727.)

Zu Professor Calmettes Vortrag über Schutzimpfung mit BCG. gegen Tuberkulose, von E. Nobel. (W. m. W., 1928, Nr. 23, S. 727.) Beide Autoren erkennen die außerordentliche theoretische Bedeutung der Forschungen und Versuche Calmettes an, sie betonen aber übereinstimmend, daß der verantwortliche Kliniker vorläufig keineswegs seine Zustimmung zu den Impfungen mit dem BCG.-Stamme geben kann, da noch kein sicherer Beweis dafür erbracht ist, daß der Stamm unschädlich ist, und daß damit auch die volle erwartete Wirksamkeit erzielt wird.
E. Langer-Berlin.

Syphilis

a. Allgemeines und Historisches

En face du syphilophobe moderne (Verhalten gegenüber Syphilophoben), von P. Michon. (Presse méd., 1928, Nr. 40, S. 636.) Jeden Fall genau untersuchen, sich nicht seine Behandlungsmethoden vom Pat. aufdrängen lassen. Behandeln, was nötig, aber nicht mehr. Seine ganze Autorität einsetzen und doch auf den psychischen Zustand des Patienten Rücksicht nehmen. D. Abel-Lörrach.

b. Pathologie und Klinik

Report of a Patient Exhibiting Three Infections with Syphilis (Bericht über einen Patienten, der 3 Infektionen mit Syphilis durchmacht), von Ch. R. L. Halley-Washington. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 10, S. 763.) 1892 geborener Weißer. 1. Infektion 1914. Klinische Beobachtung: Lues II maculo-papulosa, polyglanduläre Schwellungen. Ulkus am Penis bereits 6 Wochen vor Aufnahme. Vom 4. Dezember bis 2. Januar Arsphenaminkur (wenige Injektionen). Am 5. und 13. Dezember WR ++, am 22. Dezember — und am 2. Januar 1915 zweifelhaft. Pat. verläßt die Klinik. 2. Infektion: 1923 wieder P. A. 19 Tage nach extramatrimonialem Koitus. Spir. +, polyglanduläre Schwellungen. 1 Arsphenamininjektion. Pat. verläßt wieder die Behandlung. Zu bemerken ist, daß er seit 1919 verheiratet ist, ein gesundes Kind hat. Keine Fehlgeburt. 3. Infektion 1927. Bis dahin ohne Behandlung. Seit 5 Tagen Ulkus am Penis mit Adenitis inguinalis. Spir. ++. Typischer P. A. Anderer Sitz als die Affektionen von 1914 und 1923. WR und Liquor negativ. In den Zwischenzeiten hat Pat. nie etwas von syphilitischen Erscheinungen bemerkt. H. Colman-Berlin.

Chancre syphilitique de la fosse naviculaire (Primäraffekt der Fossa navicularis), von P. Michon. (Presse méd., 1928, Nr. 38, S. 604.) Seröser Ausfluß, leukozytenhaltig, auf Druck starker Schmerz am Meatus, keinerlei Läsionen sichtbar. Am Beginn der Fossa navicularis befindet sich ein Ulkus, sehr schmerzhaft. Grampräparat: Leukozyten, Staphylokokken. Ein weiteres Präparat nach der Methode Fontana-Tribondeau zeigt Spirochaeta pallida, und damit ist die Diagnose gesichert.
D. Abel-Lörrach.

Großes Gumma der Bauchwand, einen intraabdominalen Tumor vortäuschend, von A. Stein u. O. Hensel-New York. (M. m. W., 1928, Nr. 13, S. 568.) Große Gummen der Bauchwand sind überaus selten und können bei der Diagnosenstellung leicht zu Verwechslungen mit intraabdominalen Tumoren führen. Aufschluß gibt das Röntgenbild zusammen mit dem günstigen lokalen Befund bei eingeleiteter antisyphilitischer Behandlung neben den serologischen Befunden von Blut und Liquor.
H. Lewinsky-Berlin.

Tertiäre Lues bei Frauen, von Devojanz. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 369.) Die tertiäre Lues bei Frauen wurde am

Digitized by Google

häufigsten im Alter von 20—40 Jahren beobachtet, erreichte ihr Maximum in dem 25.—30. Lebensalter und ihr Minimum in demjenigen von 70—75 Jahren. Am häufigsten handelte es sich um Affektionen der Haut (49,2%), nächstdem um Schleimhautaffektionen (19,2%) und ferner um Knochenaffektionen (18,2%). Die WR fiel durchschnittlich in 60,6% positiv aus. In 70,8% wurde Heilung mit Narbenbildung erzielt, in 29,2% kam es zu Deformationen verschiedener Organe.

A. Jordan-Moskau.

Über Unterscheidungsmerkmale des Spitzenstoßes bei Insuffizienz der Aortenklappen syphilitischen Ursprungs, von J. S. Schwarzmann-Odessa. (M. m. W., 1928, Nr. 23, S. 996.) Im Gegensatz zur endokarditischen Insuffizienz der Aortenklappen, bei der der Spitzenstoß als hebend, hoch und resistent wahrzunehmen ist, fühlt man bei der luetischen Aorteninsuffizienz einen sehr niedrigen, in der Tiefe fühlbaren Spitzenstoß. Dabei ist in der Tiefe eine flache, langsame Erhebung zu palpieren. Verbreiterung des Spitzenstoßes fehlt meist. Diese Erscheinungen beruhen auf einer herabgesetzten Erregbarkeit des Myokards bei der syphilitischen Erkrankung.

H. Colman-Berlin.

Über Mesaortitis luetica (Symptomatologie, spezifische Therapie, Malariabehandlung), von N. Jagié, Med. Abt. Sophienspit. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 24, S. 845.) Anatomie: Lokalisation besonders Aorta ascendens und Arcus. Mesaortitis simpl. frühdiagnostisch wichtig. Substernaler Druckschmerz, Röntgenbild, Veränderungen der Aortenklappentöne. Blutdruck gewöhnlich normal. Habitus muskulär. Mesaortitis coronaria stellt sich als Vitium cordis dar. Bei der Mesaortitis coronaria ist die Koronarangina, die nur durch Morphium zu beeinflussen ist, typisch. Therapie: Beginn mit Hg und Mirion, dann Neosalvarsan ansteigend bis 3,5—4,0 im ganzen. Gegen die post injectionem auftretenden Anginaanfälle Papaverin. Bei Dekompensierung ist die kombinierte Kur kontraindiziert. Jod mit Vorsicht (Thyreotoxikose). Malariakur empfehlenswert, wenn nicht allgemeine Arteriosklerose, Dekompensation, Lungentuberkulose oder Kachexie sie verbietet. Prognose mäßig. Trotzdem kräftige Behandlung unter allen Kautelen, Ruhe und Diätetik geboten.

H. Colman-Berlin.

Luetische Erkrankungen der Leber und Niere, von V. Kollert. (W. kl. W., 1928. Nr. 19, S. 675.) Fortbildungsvortrag.

Roentgenologic Manifestations in Eighty-seven Cases of Gastric Syphilis (Röntgenbefund bei 87 Fällen von Magensyphilis), von A. B. Moore u. J. R. Aurelius-Rochester. (Am. J. of Roentgenol., 1928, Bd. 19, Nr. 5, S. 425.) Der Zusammenstellung sind 87 überzeugende Fälle von Magensyphilis zugrunde gelegt, die aus einem Material von 297 Fällen ausgewählt wurden, in denen Verdacht auf syphilitische Magenveränderungen vorlag. Von den verschiedenen bekannten Formen, in denen die Erkrankung sich manifestiert, Gastritis, Ulkus, gummöse Hyperplasie, gehört die überwiegende Mehrzahl der dritten Form an. Charakteristisch sind Schrumpfungen, hauptsächlich im Antrumgebiet, und Bilder symmetrischer Sanduhrformen, die mit Gastrospasmus verwechselt werden können. Die antisyphilitische Behandlung verändert den objektiven Befund in der Hälfte der Fälle wenig, manchmal kann das Magenbild wieder ganz normal werden. Die subjektiven Beschwerden werden stets erheblich gebessert. Differentialdiagnostisch kommen Krebs, Fibromatose, Pylorushypertrophie, Ulcus pepticum und Gastrospasmus in Betracht. Ausführliche differentialdiagnostische Erwägungen. In der Aussprache wird die vom Verfasser gegebene Symptomatik von verschiedenen Seiten ergänzt. Schwierigkeiten bei der Diagnose liegen darin, daß die Möglichkeit einer autoptischen Bestätigung relativ selten gegeben ist. Dr. Lewald berichtet über einen Fall, in dem histologisch Spirochäten nachgewiesen werden konnten.

H. Holthusen-Hamburg.

Syphilis der inneren Organe bei Frauen, von Edelmann und Oretschkin. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 378.) Unter 130 Frauen mit viszeraler Syphilis wiesen 84,6% Erkrankungen des Herz- und Gefäßsystems, 34,6% der Leber auf. In 52,3% wußten die Kranken nichts von Lues. Eine positive WR wurde in 53,0%, spez. bei Aortitis in 51,4% beobachtet. Die Behandlung führte in 62,0% zu Besserung, in 11,7% zu Verschlechterung und blieb erfolglos in 26,3%.

A. Jordan-Moskau.

Luetische Erkrankungen des Zentralnervensystems, von H. Herschmann. (W. kl. W., 1928, Nr. 19, S. 674.) Fortbildungsvortrag.

Digitized by Google

Kann die geringe Paralysesterblichkeit der hervorragenden Bühnenkünstler Deutschlands auch konstitutionell bedingt sein?, von J. Heller-Berlin. (D. m. W. 1928, Nr. 25, S. 1029.) Unter 1429 in den Jahren 1785—1870 geborenen hervorragenden Bühnenkünstlern sind nur 1,5% an progressiver Paralyse gestorben. Den geringen Anteil führt Verf. auf die körperliche und geistige Konstitution des hervorragenden Künstlers und die Eigenart des Berufes zurück, die eine erhöhte Widerstandskraft gegen Paralyse bedingen. F. Harry-Wiesbaden.

Über einige biologische und soziale Faktoren bei der Metalues, von Choroschir und Moreinis. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 360.) Metalues wurde in 2,8% beobachtet. Eine im jugendlichen oder vorgerückten Alter stattgehabte Syphilisinfektion gibt eine verkürzte Inkubationszeit für die Metalues. Erstere betrug bei Nichtbehandelten 13,8 Jahre, bei schwacher Hg-Behandlung 14,5 und bei schwacher gemischter Behandlung 10,7 Jahre. Fast 3/4 der Kranken lebten beständig oder kürzere Zeit in großen Städten. A. Jordan-Moskau.

Latente Kältehämoglobinurie bei kongenital luetischen Kindern, von L. Steinbock, Karolinenkinderspital Gem. Wien. (Mschr. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 38, H. 4/5, S. 336.) Bei 33 untersuchten, sicher kongenital-luetischen Kindern wurde in 3 Fällen das spezifische Kältehämolysin mittels der Donath-Landsteinerschen Methode nachgewiesen. Die positiven Fälle hatten das Alter von 12, 15 bzw. 18 Jahren. 2 daraufhin untersuchte Kinder mit latenter Kältehämoglobinurie gehören der Blutgruppe A an. R. Ley-Kreuznach.

Ostéite syphilitique des nouveau-nés (maladie de Parrot) (Ostitis syphilitica der Neugeborenen [Parrotsche Krankheit]), von A. Mouchet. (Presse méd., 1928, H. 50, S. 795.) Ostitis syphilitica bei einem 1 Monat alten Säugling. Keinerlei sonstige luetische Symptome, WR negativ. Anamnese ergibt 3 Fehlgeburten der Mutter. Röntgenbild zeigt destruktive Vorgänge der Humerusdiaphyse in der oberen Gelenksgegend sowie subperiostale Knochenhyperplasie, die Charakteristika der Parrotschen Krankheit. Antiluetische Behandlung von Mutter und Kind. D. Abel-Lörach.

Sur le signe de l'aorte et des gros vaisseaux dans la syphilis congénitale des nourrissons (Über das Zeichen der Aorta und der großen Gefäße bei der kongenitalen Syphilis der Säuglinge), von M. Manicatide und B. Rosenkrantz. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 16, S. 1451—1456.) Als charakteristische Zeichen kongenitaler Syphilis fanden sich bei Säuglingen eine deutliche Verstärkung des 2. Aortentones sowie röntgenbiologisch eine die Norm von 1 cm um 3—4 cm übersteigende Verbreiterung des Querdurchmessers der großen Gefäße an der Herzbasis. E. Levin-Berlin.

Der Einfluß der spezifischen Behandlung auf die Schwangerschaft bei Syphilitikerinnen, wie auf ihre Nachkommenschaft, von G. Goldenberg. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 393.) Nicht behandelte Syphilitikerinnen ergaben in 72,4% Sterblichkeit der Kinder und in 27,6% lebendgeborene Kinder. Im Falle die Mütter vor der Schwangerschaft mit Hg behandelt worden waren, sank die Mortalität der Kinder auf 52,7%; im Falle die Frauen während der Gravidität mit Bi und NS behandelt worden waren, sank die Mortalität der Kinder auf 14%; sowie aber die Frauen vor der Schwangerschaft und während derselben mit Bi und NS behandelt worden waren, wurden in 97—100% lebende Kinder geboren. A. Jordan-Moskau.

La constante d'Ambard et ses variations chez les hérédo-syphilitiques (Über die Ambardsche Konstante und ihre Veränderungen bei Lues hereditaria), von R. Onfray. (Presse méd., 1928, H. 49, S. 772.) Verf. berichtet über seine Untersuchungen bei 50 Kindern mit Keratitis luetica. Verf. findet, daß die Ambardsche Konstante unklare oder schlechte Werte bei 2/3 von Lues hereditaria aufweist, was kein Hindernis für eine spezifische Behandlung darstellt, im Gegenteil, nach Behandlung bessert sie sich in demselben Maße wie die Erkrankung selbst. D. Abel-Lörach.

Zur Frage der Blutfermentstörungen bei kongenital-syphilitischen Säuglingen, von Tulbermann und Lauda. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 304.) Die Verf. fanden auf Grund der Untersuchung der Fermente im Blut bei syphilitischen Säuglingen mit aktiven Erscheinungen eine Verminderung der Amylase, Protease und Lipase, wogegen die Katalase der Norm

Digitized by Google

nahestehende Ziffern ergab. Bei aus syphilitischen Familien stammenden Kindern mit fehlenden klinischen und serologischen Erscheinungen wurden bei 6 unter 10 Fällen Schwankungen der fermentativen Tätigkeit beobachtet.
A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der neutrophilen Verschiebung im Blut von Syphilitikern, von Brodsky und Schister. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 310.) Die Verf. bemühten sich, bei Syphilitikern in verschiedenen Stadien den Zusammenhang zwischen der Syphilis und dem Knochenmark ,durch die sogenannten Arndt-Schillingschen Verschiebungen festzustellen und fanden, daß weder die Syphilis an und für sich, noch die „Reizkörper" NS, Bi und Hg eine ständige Leukozytose und Neutrophilie erzeugen. Es besteht auch kein Parallelismus und keine Gesetzmäßigkeit zwischen der neutrophilen Verschiebung und der Leukozytose.
A. Jordan-Moskau.

c. Ätiologie und Diagnose

Zur Praxis des Spirochätennachweises bei Lues, von K. Stern. (Hautkl. Med. Akademie Düsseldorf. (M. m. W., 1928, Nr. 20, S. 855.) Die Quintessenz von St.s Ausführungen geht auf die Forderung nach Objektivierung der Diagnose bei Luesfällen im Primärstatium mit seronegativem Befund. Ziel muß sein, das Färbeverfahren der Spirochäten möglichst zu vereinfachen und nicht dem oft subjektiven Befunde im Dunkelfelde allzusehr zu vertrauen. M. Cohn-Dresden.

Ein einfaches Nachweisverfahren der Spirochaeta pallida, von A. Grumbach, Hyg. Univ.-Inst. Zürich. (M. m. W., 1928, Nr. 16, S. 688.) Im Laboratorium von Noguchi im Rockefeller-Institut wird zum Nachweis der Spirochaeta pallida folgendes Verfahren mit bestem Erfolg angewandt: Spirochätenhaltiges Material wird mit einem Tropfen gepufferter Formalinlösung (Formalin [40%] 10,0 ccm, Pufferphosphatlösung 90,0 ccm) etwa 5 Minuten in feuchter Kammer fixiert, luftgetrocknet und mit Gentianaviolett oder Karbolfuchsin gefärbt. Th. Lilienstein-Hamburg.

Nochmals das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Nachweis der Spirochaeta pallida. Eine Erwiderung an Herrn Prof. Dr. phil. et med. F. W. Oelze, von H. Mühlpfordt-Allenstein. (M. m. W., 1928, Nr. 12, S. 523.) Verf. empfiehlt dem prakt. Arzt, der kein Dunkelfeld besitzt, seine Methode der Spirochätenfärbung mit Viktoriablau-4 R als einfache, nicht zeitraubende Schnellfärbung. Th. Lilienstein-Hamburg.

Praktisch diagnostischer Nachweis der Spirochaeta pallida durch Färbung oder Dunkelfeld, von F. W. Oelze, Derm. Univ.-Kl., Leipzig. (M. m. W., 1928, Nr. 19, S. 824.) Die Dunkelfelduntersuchung ist als einzig zuverlässige Spirochätenuntersuchungsmethode allen Färbemethoden überlegen. Im Gegensatz zu Mühlpfordt gibt Verf. der Spirillfärbung der Spirochäten wegen ihrer schärferen und klareren Bilder der von Mühlpfordt empfohlenen Viktoriablau-4 R-Färbung gegenüber den Vorzug.
Th. Lilienstein-Hamburg.

A propos de la chromophilie comparée des spirochètes et de leurs divers modes de coloration à l'aide de la fuchsine de Ziehl (Vergleich der Chromophilie der Spirochäten und ihrer verschiedenen Färbbarkeit mit Ziehlschem Fuchsin), von J. Sabrazès. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 15, S. 1275—1277.) Zum Vergleich der Chromophilie der Spirochäten wird Fixieren in der Wärme auf gut getrocknetem Objektträger und Färben in der Wärme mit Ziehlscher Lösung empfohlen. Nur bei Kulturen in eiweißhaltigem Milieu läßt man ihr den ersten Teil des Fontana-Tribondeauschen Verfahrens vorausgehen. E. Levin-Berlin.

Über die Brauchbarkeit der Spirochätenagglutination für die Serodiagnostik der Syphilis, von Y. Mano, Kais. Wilh.-Inst. f. Biochem., Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1928, H. 24, S. 993.) Agglutination und WR stimmten nur in 55% der Fälle überein. In 38% war die WR negativ und Agglutination positiv, in 7% WR positiv und Agglutination negativ. F. Harry-Wiesbaden.

Die Reaktion der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei kongenitalsyphilitischen Kindern, von Behrmann und M. Israelson. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 317.) Nur bei aktiver, kongenitaler Lues wird eine beschleunigte Blutkörperchensenkung beobachtet. Als diagnostische Methode zur Feststellung der latenten Lues kann diese Reaktion nicht dienen.
A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

d. Serologie

Die isoelektrischen Punkte des Blutes mit spezieller Berücksichtigung ihres Verhaltens in der Syphilis, von R. Luchsinger, Med. Univ.-Kl. Lausanne. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1928, Bd. 59, H. 3/4, S. 393.) Alle Eigenschaften der Eiweißkörper (Quellung, Viskosität, osmotischer Druck, elektrische Leitfähigkeit usw.) sind im isoelektrischen Punkt auf ein Minimum reduziert. Man bestimmt den isoelektrischen Punkt in Eiweißlösungen, indem man durch dieselben einen schwachen elektrischen Strom hindurchleitet. Durch entsprechende Vorrichtungen ist es möglich, die Lösung an der An- und Kathode getrennt zu untersuchen und durch Mischung mit Alkohol und Azeton Fällungen zu erhalten. Für das normale menschliche Serum fanden de Vlès und Coulon 4 isoelektrische Punkte. Von diesen kommt der Punkt α für die weiteren Untersuchungen besonders in Frage. Bei Infektions-Krankheiten und anderen schweren Erkrankungen (Diabetes, Myokarditis, Nephrosklerose) ist die Lage des isoelektrischen Punktes weitgehend verändert. Auch können neue Punkte auftreten. Im Verlauf von Infektionskrankheiten steigt der Punkt α nach der Inkubation stark an, sinkt dann während der Genesung und kehrt nach einer negativen Phase wieder zum Ausgangspunkt zurück. Sichere Schlüsse für Diagnose und Prognose lassen sich aus diesem Verhalten jedoch nicht ziehen. Jedes Serum bringt bei gegebener Konzentration in einem Suspensionskolloid eine bestimmte Flockung hervor. Das luetische Serum hat eine stärkere Flockungskraft als das normale. Darauf baut sich die Vernessche Reaktion auf. Bei der floriden Lues besteht ein Parallelismus zwischen der Flockungsreaktion von Vernes, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und Verschiebung des isoelektrischen Punktes α während der Gesamtdauer der Behandlung. Bei der chronischen oder latent gewordenen Lues und der Nervenlues verhalten sich jedoch alle 3 Erscheinungen völlig verschieden. Bei der jetzt üblichen Technik der Kataphorese lassen sich die ursächlichen Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der 3 Reaktionen bei akuter und latenter Lues noch nicht klarstellen. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Erforschung des Komplements. I. Mitteilung: Über den Einfluß verschiedenartiger Salzlösungen auf die Komplementwirkung, von H. Tokunaga-Jamaguchi, Japan. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 4/5, S. 283.) Die Wirkung des Meerschweinchenkomplementes auf ambozeptorbeladene Ziegenblutzellen kann durch verschiedene hypertonische wie isotonische Salzlösungen aufgehoben werden. Isotonische Lösungen von Bariumsalzen, Natriumzitrat und Magnesiumsulfat hemmen; Chloride, Nitrate und Sulfate von Kalium und Natrium hemmen in geringem Grade; Kalium- und Natriumazetat können einen sehr günstigen Einfluß auf die Komplementwirkung ausüben. S. Habermann-Prag.

Die Erforschung des Komplements. II. Mitteilung: Über den Wert der isotonischen Kaliumazetatlösung bei der Komplementwirkung, von H. Tokunaga-Jamaguchi, Japan. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 4/5, S. 288.) Die hämolytische Reaktion wird durch kleine Mengen verschiedener antikomplementär wirkender Salze in isotonischer Kaliumazetatlösung beschleunigt, sie wirkt auf den Ambozeptor günstiger als phys. NaCl-Lösung; als Verdünnungsmedium hat sie auf die WR einen günstigen Einfluß. S. Habermann-Prag.

Experimentelle Untersuchungen zur Aufhebung einer unspezifischen Wassermannreaktion beim Kaninchen, von Y. Mano-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 4/5, S. 306.) Die Versuche ergeben, daß von einer regelmäßigen und zuverlässigen Wirkung der antisyphilitischen Mittel auf die positive unspezifische WR beim Kaninchen nicht gesprochen werden kann. — Parenterale Einverleibung von Lipoiden (Helpin, selbsthergestellte Lezithinemulsion, eingedampfter und hierauf verdünnter Lues-Leber-Extrakt), schließlich alkoholische Cholesterinlösung üben grundsätzlich keinen Einfluß auf die positive Serumreaktion aus. Verf. fand bei diesen Versuchen, daß nicht nur beim Menschen, sondern auch beim Kaninchen große Lezithingaben imstande sind, einen vorübergehenden Umschlag der positiven Reaktion zustande zu bringen. S. Habermann-Prag.

Über die klinische Bedeutung der lokalen Wassermannreaktion im primären, papulösen und gummösen Stadium der Syphilis, von Perkel und Bojewskaja. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 354.) Die lokale WR kann bei negativem Ausfall der Untersuchungen auf Sp. pallida und der Blut-WR als Hilfsmethode für die frühzeitige Diagnose der initialen Papel dienen. Es muß aber infolge des Vorhandenseins fremder Bakterien in den Geschwüren bei der

Digitized by Google

lokalen WR noch mehr als bei der Blut-WR die Möglichkeit nichtspezifischer positiver Resultate in Betracht gezogen werden. Eine abortive Behandlung der Syphilis allein auf Grund einer positiven lokalen WR vorzunehmen, ist daher unmöglich. A. Jordan-Moskau.

Die praktische Bedeutung der Blutkuchen-Wassermannreaktion nach Dold, von Bojewskaja und Korol. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 330.) Die Verf. beobachteten in 95% der Fälle eine völlige Übereinstimmung der Blutkuchen-WR nach Dold mit der WR, so daß sie diese Methode dort empfehlen, wo das Serum zur Ausführung der WR nicht genügt. A. Jordan-Moskau.

Über die klinische Bedeutung der Reaktivierung der Wassermannreaktion nach Milian-Gennerich und die spontanen Schwankungen der Wassermannreaktion bei Syphilis, von Perkel, Moreinis und M. Israelson. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 333.) Die Autoren legen der Reaktivierung der WR weder in diagnostischer, noch in prognostischer Hinsicht eine große praktische Bedeutung bei und halten dieses Verfahren durch Provokation syphilitischer Erscheinungen für den Kranken nicht für ganz ungefährlich, so daß sie statt dessen die Methode der „spontanen Schwankungen der WR", die in wiederholter, 5 Tage hintereinander ausgeführter Blutuntersuchung besteht, empfehlen. A. Jordan-Moskau.

Die Meinicke-Trübungsreaktion mit gefärbtem Antigen, von D. Borowskaja, Bakt. Zentral-Institut Moskau. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 105, H. 6/8, S. 454.) Um den Subjektivismus hauptsächlich bei partiellen Reaktionen auszuschalten, wendet Verf. gefärbte Antigene für die MTR an. Wegen seiner starken Affinität zu den Lipoiden ist Viktoriablau der geeignete Farbstoff; man fügt hiervon 0,1—0,2 zu 250 Antigen. Zwischen den positiven und negativen Seren ist die Farbentrübung deutlich ausgesprochen. Durch Zusatz von 1 ccm Chloroform unmittelbar vor der endgültigen Ablesung wird nur aus spezifischen Flocken der Farbstoff extrahiert, so daß auch trübe Seren ein verwertbares Resultat ergeben. S. Habermann-Prag.

Beitrag zur Technik der Meinicke-Trübungsreaktion (MTR), von K. L. Pesch und F. Kortenhaus, Hyg. Univ.-Inst. Köln. (M. m. W., 1928, Nr. 16, S. 688.) Die serologische Luesdiagnose ist noch recht kompliziert, so daß sich ihre Ausführung nicht für den praktischen Arzt eignet. Dagegen ist die mit dem Extrakt des Frankfurter Institutes für experimentelle Therapie angestellte Meinickesche Trübungsreaktion (MTR) in Verbindung mit der Elkelesschen Kuppenablesung eine einfache, genügend scharfe und spezifische Luesreaktion, die auch in der Hand des praktischen Arztes — sofern nur die erforderlichen Kontrollen ausgeführt werden — ausgezeichnete Resultate zeitigt. Th. Lilienstein-Hamburg.

Zur Kenntnis der Meinickeschen Trübungsreaktion (MTR), von G. Elkeles-Charlottenburg. (D. m. W., 1928, H. 18, S. 741.) Erwiderung auf die Ausführungen von Meinicke in D. m. W., 1927, Nr. 42, ref. Derm. W., Bd. 86, S. 348. Bei Ausführung der Kuppenablesung nach der vergeschriebenen Technik erhöht sich die Gesamtausbeute der als positiv zu erkennenden Seroreaktionen gegenüber der einfachen Trübungsablesung um 10%. Die Gesamtzahl der unspezifischen Reaktionen dagegen beträgt nur 1%. Wenn Meinicke zu anderen Resultaten kommt, so liegt es an der Verwendung seiner Extrakte, die für die Trübungsablesung besser geworden, zur Kuppenablesung aber kaum noch brauchbar sind. F. Harry-Wiesbaden.

The Kahn Test in Primary Syphilis (Die Kahnsche Probe bei primärer Syphilis), von J. C. Willet und N. Nagle-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 15, S. 1189.) Von 187 Patienten mit Läsionen an den Genitalien wiesen 105 entweder positives Dunkelfeld oder positive Kahn-Probe oder beides auf, und zwar ersteres in 64, letzteres in 85 Fällen. Eine Tabelle zeigt die Vergleichswerte. Keine der beobachteten Läsionen war älter als 28 Tage. Nur in den ersten 7 Tagen ist das Dunkelfeld feiner als die Kahnsche Probe. Vom 8. Tage ab übertrifft diese zunehmend die Dunkelfeldreaktion, ist also als wichtiges diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung der Frühsyphilis anzusehen. H. Colman-Berlin.

Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung cholesterinierter Extrakte (Citocholreaktion und Lentocholreaktion), von H. Sachs und E. Witebsky, Inst. f. exp. Krebsforschung Heidelberg. (Kl. W., 1928, Nr. 26, S. 1233.) Verff. teilen die Technik einer Schnellreaktion mit cholesterinierten Extrakten mit, die

Digitized by Google

sie als „Citocholreaktion" bezeichnen im Gegensatz zu der langsamer ablaufenden Sachs-Georgischen Reaktion — Lentocholreaktion. Die bisher damit gemachten Erfahrungen sind recht günstige, wenngleich jeder Schnellreaktion der Nachteil anhaftet, daß häufiger als bei anderen Methoden unspezifische Reaktionen auftreten, während die Empfindlichkeit allerdings gesteigert wird. E. Langer-Berlin.

Syphilisdiagnose bei Schwangeren mit Hilfe der Müllerschen Ballungsreaktion, von W. H. Treuter, Univ.-Frauenkl. Jena. (D. m. W., 1928, H. 24, S. 994.) Bei positiver WR fiel die Ballungsreaktion stets auch positiv (4. Grad) aus. Ballungsreaktionen von Stärke 1 und 2 kamen bei negativer WR und nicht nachweisbarer Lues vor. Andererseits zeigte die Ballungsreaktion noch das Vorhandensein von Lues an in WR-negativen Fällen, die früher Lues und positive WR hatten. F. Harry-Wiesbaden.

Die Ballungsreaktion (MBR) im Serum und im Liquor cerebrospinalis, von R. Müller-Wien. (D. m. W., 1928, Nr. 25, S. 1032.) Verf. gibt genaue technische Vorschriften für die Ausführung der Ballungsreaktion. Der Extrakt wird jetzt in cholesterinisiertem und eingeengtem Zustand in den Handel gebracht, wodurch zahlreicheVorarbeiten in Wegfall kommen. Die Bedeutung der MBR liegt in ihrer großen Reichweite bei Syphilis. Dies gilt sowohl für die Untersuchung des Serums wie für die des Liquors. F. Harry-Wiesbaden.

Liquor cerebrospinalis, Antikörper und Wassermannsche Reaktion, von L. Neufeld und D. Szyle, Path. Univ.-Inst. Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1928, Bd. 60, H. 3/4, S. 355.) Die Verff. beschäftigten sich mit Versuchen zur Klärung der Frage, ob im Liquorraum eine lokale Antikörperbildung möglich ist. Bei intrazisternaler Injektion von Hammelblutkörperchen ins Kaninchen trat eine schnelle Immunkörperbildung im Blute auf; der Liquor wies nur Spuren von Antikörpern auf, die aus dem Blut stammten. Ferner wurden intrazisternal Typhusbazillen, intraperitoneal Choleravibrionen eingeführt; der Liquor agglutinierte nie bei sehr hohem Bluttiter auf Typhusdosen ganz schwach, reagierte aber sonst negativ. Das gleiche war der Fall bei der umgekehrten Versuchsanwendung. Schließlich ergab eine endolumbale Behandlung von Kaninchen mit Lipoidextrakt + Schweineserum keine Entstehung von WR-Reaginen im Liquor. Also bewirken endolumbal oder intrazisternal eingeführte Stoffe keine Antikörperbildung im Liquor, rufen aber eine starke Immunität des Blutes hervor. V. Kafka-Hamburg.

La réaction de Takata-Ara dans le liquide céphalorachidien (Die Reaktion von Takata-Ara im Liquor cerebrospinalis), von A. Prunell. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 15, S. 1315—1316.) Nachuntersuchungen an 105 Fällen zeigten, daß die Reaktion von Takata-Ara zwar pathologische Veränderungen des Liquors erkennen läßt, daß sie aber nicht für Metasyphilis spezifisch ist. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der meningealen Permeabilität, von A. A. Feldmann, M. Israelson, Bojewskaja und Moreinis. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 275.) Nach den vielfachen Untersuchungen der Verff. gibt die Hämolysinreaktion einige diagnostische und therapeutische Hinweise bei Neurolues; die Brommethode nach Walter bedarf noch weiteren Studiums, die Kaninchenversuche zeigten, daß ein Übertritt der Hämolysine in den Liquor vorkommt, doch ist dazu eine Schädigung der Meningen notwendig. A. Jordan-Moskau.

Vorteile und Gefahren des diagnostischen Zisternenstiches, von W. Kindler. Hals-Nasen-Ohren-Univ.-Kl. Graz. (W. kl. W., 1928, Nr. 18, S. 632.) Bericht über die Ergebnisse bei fast 400 Subokzipitalpunktionen, die sämtlich, auch bei Tumoren und Abszessen im Schädelinnern ohne Zwischenfall verliefen. Genaueste Beherrschung der Technik und möglicher Zwischenfälle ist erforderlich. Als Vorteile des Zisternenstichs gegenüber der Lumbalpunktion werden hervorgehoben: Entnahme in nächster Nähe der Schädelhöhle bei Bestehen eines zerebralen Krankheitsherdes; dadurch frühzeitigere und stärkere Liquorveränderungen feststellbar. Die Ungleichmäßigkeiten der Zellverteilung fallen fort. Allein oder in Verbindung mit dem Lendenstich läßt sich eine Liquorsperre diagnostizieren. (Besondere Vorsicht ist bei vorhandener Blockierung der Cisterna magna erforderlich.) Vorteile liegen schließlich in diagnostischen Hinweisen, die sich aus Unterschieden zwischen den Befunden bei Lumbal- und Okzipitalpunktionen ergeben, ebenso bei Enzophalomyelographien u. a. W. Kirschbaum-Hamburg.

Digitized by Google

Subokzipital- oder Lumbalpunktion bei Syphilis?, von W. Schönfeld, Univ.-Kl. u. Polikl. f. Hautkrkh. Greifswald. (M. m. W., 1928, Nr. 22, S. 942.) Bei Abwägung aller in Betracht kommenden Faktoren: diagnostische Ergebnisse, Erlernung der Technik, Neben- und Folgenerscheinungen empfiehlt Verf. die bewährte Lumbalpunktion; sie gibt schärfere Ausschläge, ist technisch leichter zu erlernen und auszuführen und auch in der Hand weniger Geübter nicht gefährlich. Ihre schlechtere Verträglichkeit für den Kranken, die bei Kindern wegfällt, hebt diese Vorteile nicht auf und kann durch enge Nadeln eingeschränkt werden. Der Wert der Zisternenpunktion, besonders in Verbindung mit der Lumbalpunktion, sowie ihre Überlegenheit bei diagnostischen enzephalographischen Eingriffen wird anerkannt. M. Cohn-Dresden.

Über die Ätiologie und Prophylaxe des Meningismus nach der Lumbalpunktion, von Perkel und Tarsis. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 344.) Die Erfahrung der beiden Autoren lehrte sie, daß die meningealen Erscheinungen mit der Verkleinerung des Durchmessers der Punktionskanäle von Jahr zu Jahr zurückgehen. Die besten Resultate werden mit der Antoni-Wechselmannschen Doppelkanüle erzielt. A. Jordan-Moskau.

e. Therapie

Der Verlauf der primären Syphilis bei Behandlung nach verschiedenen Methoden und mit verschiedenen Mitteln, von Bratzlawski und B. Goldstein. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 420.) Der Behandlungsversuch der S. I seronegativa gibt in 100% Erfolg, wogegen in anderen Fällen von primärer Lues 2—3 kombinierte Kuren notwendig sind. Eine 2½—3jährige klinische wie serologische Kontrolle ist aber nötig, um den Kranken als genesen anzusehen. A. Jordan-Moskau.

Über experimentelle Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Myosalvarsan, von E. Nathan und A. Munk. (Derm. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. (Kl. W., 1928, Nr. 24, S. 1125.) Während eine 1%ige Lösung von Myosalvarsan von normalen Menschen bei intrakutaner Injektion ohne Beschwerden vertragen wird, kommt es bei überempfindlichen zu lokalen Reaktionserscheinungen. In einzelnen Fällen kann es durch die intrakutane und eventuell durch die subkutane Injektion von Myosalvarsan zu einer Sensibilisierung der ganzen Haut gegen das Medikament kommen. Es äußert sich diese in einem lokalen allergischen Aufflammungsphänomen an der Stelle der ersten Injektion 8—10 Tage nach der Injektion und mit positiver Lokalreaktion der Haut bei erneuter intrakutaner Injektion von Myosalvarsan unter Mitreaktion der früheren Injektionsstellen. Dabei trat in 2 Fällen eine so heftige Reaktion ein, daß es bei der intrakutanen Reinjektion nicht nur zu einer schweren lokalen Reizerscheinung mit urtikariell-ödematösem Infiltrat und zu Mitreaktion der alten Injektionsstellen kam, sondern daß auch ein universelles erythematös-urtikarielles Exanthem entstand, das den gleichen Verlauf zeigte, wie er bei der Serumkrankheit sich beobachten läßt. Es ergibt sich daraus auch für die Praxis die wichtige Forderung, beim Auftreten von großen ödematösen Infiltraten im Anschluß an subkutane Myosalvarsaninjektionen mit der Weiterbehandlung im gleichen Sinne sehr vorsichtig zu sein und nach dem Abklingen vor der Weiterbehandlung durch eine intrakutane Injektion erst zu prüfen, ob eine Überempfindlichkeit noch weiter besteht oder nicht. E. Langer-Berlin.

Nebenerscheinungen bei der Behandlung mit verschiedenen Salvarsanpräparaten, von Kaplun und Schönfeld. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 449.) Die Verff. sahen Nebenwirkungen bei Alt-Salvarsan 1 : 385, bei NS 1 : 150, bei Novosalvarsan 1 : 132, bei Novarsolan 1 : 105, bei Natrium-Salvarsan 1 : 64. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Prophylaxe und Therapie der Salvarsanschäden, von Besproswannaja. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 464.) Als Prophylaktika kommen nach der Verf. dem Chlorkalzium, besonders bei Auflösung des Salvarsans in Chlorkalzium und der Mühlpfordtschen Mixtura acida, eine große Bedeutung zu, wogegen als Therapeutikum, besonders bei Salvarsandermatitiden, das Natriumthiosulfat obenan steht. A. Jordan-Moskau.

Das Hebrasche Wasserbett zur Behandlung der Salvarsanexantheme, von L. Arzt, Derm. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 12, S. 401.) Das von Hebra seinerzeit für die Behandlung des Pemphigus und der Verbrennungen an-

Digitized by Google

gegebene Wasserbett verhindert auch bei schwerstem Salvarsanexanthem bei rechtzeitiger Anwendung fast immer die gefährliche Pyämie. H. Lewinsky-Berlin.

Bismuth Arsphenamine Sulphonate: A New Synthetic for Intramuscular Use in the Treatment of Syphilis (Wismut-Arsphenamin-Sulphonat: Ein neues Präparat für intramuskulären Gebrauch bei der Syphilisbehandlung), von P. A. O'Leary. (Proc. Staff Meet. of Mayo Clin., 1928, Bd. 3, Nr. 8, S. 57.) Verf. gibt seine in den letzten 1½ Jahren mit dem Präparat Bismarsen, einer Wismut-Salvarsanverbindung, an 85 Patienten gemachten Erfahrungen wieder. Das Mittel ist zwar in seiner Wirkung langsamer als das Salvarsan, aber bezüglich seines therapeutischen Effektes steht es demselben in keiner Weise nach. Auch die Seroreaktionen und der Liquor werden günstig beeinflußt. Bei der Kürze der Zeit ist selbstverständlich ein abschließendes Urteil nicht möglich. Durch seine Einfachheit in der Handhabung und Sparsamkeit im Verbrauch ist das Mittel neben den erwähnten günstigen therapeutischen Eigenschaften besonders für die Praxis geeignet. Ernste Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet worden. Verf. gibt gewöhnlich vier Kuren in vierwöchigem Intervall von je acht intramuskulären Injektionen zweimal wöchentlich. B. Peiser-Berlin.

Beobachtungen über die Wirkung des Wismuts bei verschiedenen Syphilisformen, von Faingold und Oretschkin. (Arbeiten aus dem Dermato-Venerolog. Institut. 1927, Bd. 1, S. 433.) Die kombinierte Bi-NS-Behandlung muß zur Zeit als beste Behandlungsmethode bei allen Syphilisformen angesprochen werden. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Behandlung des Infiltrats nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen, von Tarsis, Panow und N. Wassiljewa. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 478.) In einer Reihe von Fällen, in denen eine langdauernde Wärmetherapie bei Infiltration mit Hg- und Bi-Behandlung erfolglos blieb, führten Höhensonne und Röntgenbehandlung zur vollständigen oder beträchtlichen Resorption derselben. A. Jordan-Moskau.

Late Results from Tryparsamide Therapy in Neurosyphilis (Neue Ergebnisse einer Behandlung der Neurosyphilis mit Tryparsamid), von W. F. Lorenz-Madison. (J. Am. m. Ass, 1928, Bd. 90, Nr. 16, S. 1285.) Von 317 1920 und 1921 mit Tryparsamid und Quecksilber behandelten Fällen vorwiegend von progressiver Paralyse, Taboparalyse, atypischer Paralyse, Gefäßlues des Gehirns und wenigen Tabesfällen waren zunächst 152 bis zur Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt. Seitdem sind nach 5—6 Jahren 87% nicht wieder rückfällig geworden. Einige Fälle haben sich erst im Laufe der Jahre zu dem jetzigen guten Gesundheitszustand entwickelt dadurch, daß monatelang zum Teil sehr hohe Dosen von Tryparsamid intravenös und abwechselnd Salizylquecksilber intramuskulär gegeben wurden. Wo kein Erfolg erzielt wurde, Anwendung von Malariatherapie und anderen unspezifischen Methoden. Wirksame Besserungen bei Paralysen in etwa 50% erreichbar. Der Verfasser rät, jeden Fall individuell zu behandeln, die Chemotherapie nicht hinter der Malariabehandlung zurückzusetzen. W. Kirschbaum-Hamburg.

Über Schwefelbehandlung der Dementia paralytica und anderer metaluetischer Affektionen des Zentralnervensystems, von K. Schroeder, Inn. Abt. Krkhs. Odense. (Acta med. scand., 1928, Suppl. 26, S. 425.) In Fällen von Paralyse, in welchen eine Malariabehandlung untunlich ist, eignet sich die Injektion von Schwefel; unter 7 Fällen gelang es bei 3, vollkommene Remissionen und volle Arbeitsfähigkeit zu erzielen, welche zur Zeit des Berichtes längere Frist anhielten; in 1 Falle betrug die Beobachtungszeit 3 Jahre, im 2. Falle 2 Jahre und im 3. Falle ½ Jahr. Die Schwefeltherapie hat mit der Malariabehandlung und der Rekurrensbehandlung gemeinsam, daß eine lebhafte Temperatursteigerung ausgelöst wird, welche ein Indikator für die Stärke der Vitalreaktion des Organismus ist. Auch bei Tabes ist die Schwefelbehandlung wirkungsvoll. Man benutzt eine sterile Aufschwemmung von 1% Schwefel in Olivenöl zu tiefen intramuskulären Injektionen in steigenden Dosen, von 1 ccm bis 10 ccm; das Maximum der Temperatursteigerung ist in der Regel nach 8 bis 14 Stunden erreicht und ist von einem plötzlichen Abfall zur Norm gefolgt, so daß man in Zwischenräumen von 24—48 Stunden neue Injektionen geben kann. Im ganzen genügen 10—12 Injektionen, doch wurden auch größere Serien von 24 bis 27 Injektionen versucht. F. Winkler-Wien.

Malariatherapie, von J. Wagner-Jauregg. (W. kl. W., 1828, Nr. 19, S. 672.) Fortbildungsvortrag.

Digitized by Google

Experimentelle Untersuchungen über die Malariaheilwirkung, von Y. Hotta. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 6/7, S. 361.) Der Mechanismus der Malariatherapie soll auf der Entstehung leistungssteigernder Spaltprodukte im Kreislaufe des Parasitenträgers beruhen. Die Spaltprodukte werden unter dem Einfluß des Parasiten aus den roten Blutkörperchen gebildet. Ihre ganz besondere Bauart soll eine spezifische Wirkung auf bestimmte Gewebe, besonders auf das Zentralnervensystem besitzen. Diese Anschauungen beruhen auf Tierexperimenten. Meerschweinchen wurden zu verschiedenen Zeiten während des Malariafiebers von Paralytikern entnommene, ausgewachsene rote Blutkörperchen intravenös eingespritzt. (Mengeneinheit: die in 2 ccm Gesamtblut enthaltenen roten Blutkörperchen.) Dabei wurden fast nur bei im Abklingen des Fieberanfalls eingespritzten roten Blutkörperchen sehr erhebliche Temperatursenkungen als Zeichen besonderer Giftigkeit festgestellt. Nach der Vorstellung des Autors werden derartige Gifte in oder aus den roten Blutkörperchen 2mal unter dem Einfluß des Parasiten gebildet, einmal, wenn der Parasit in dasselbe eindringt, das 2. Mal, wenn er dasselbe auflöst oder zersprengt. Beim Menschen tritt nur die letztere Erscheinung in Wirksamkeit, fällt zeitlich mit Schüttelfrost und Fieberanstieg zusammen. Im Meerschweinchenorganismus erkennt man die im frischbefallenen Blutkörperchen beim Fieberabfall unter dem Einflusse des Parasiten gebildeten Giftstoffe. Vergleiche mit Saprovitanfieber ergaben keine derartigen Wirkungen auf Meerschweinchen.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Das humoralpathologische Bild während des Malariafiebers der Paralytiker, von V. Kafka, Serol. Abt. Staatskrankenanst. und Psych. Univ.-Klin. Friedrichsberg-Hamburg. (M. Kl., 1928, Nr. 23, S. 897—898.) Während des Fiebers kommt es im Plasma zu Umstimmungen (erhöhte Werte des Fibrinogens, der Senkungsgeschwindigkeit und der Kochsalzlabilität), die teils nach dem Fieber wieder abnehmen, teils es überdauern. Nach dem Fieber pflanzen sich die Umstimmungen in das Serum fort. Im Liquor fand sich Zunahme des Zuckers und Ansteigen der Chloride noch nach dem Fieber, Ansteigen des Volumens des Ammoniumsulfatniederschlages (zweite Zahl der Eiweißrelation nach Kafka) und des Wasserbindungsvermögens der Globuline, stärkere Zellvermehrung und stärkere Reaktion nach Weichbrodt. Eine akute Malariameningitis ist also im Paralytikerliquor nicht festzustellen, wahrscheinlich teilt sich ihm die starke Umstellung der Körpersäfte direkt oder auf nervösem Wege mit oder es handelt sich um eine Herdreaktion des Gehirns.

E. Levin-Berlin.

Über Anfangsfieber und Inkubation bei der Impfmalaria und der spontanen Malaria, von R. Wethmar, Inst. Rob. Koch. (D. m. W., 1928, H. 20, S. 826.) Das Anfangsfieber ist ein vor dem Erstlingsanfall inkonstant auftretendes Fieber von zeitlich verschiedener Dauer, mit kontinuierlichen oder remittierenden Temperaturen, jedoch ohne Schüttelfrost. Der Übergang in den regulären Malariaanfall erfolgt meist nach einem kurzen fieberfreien Intervall. In den Fällen von Impfmalaria, bei denen die Inkubationszeit weniger als 8 Tage betrug, trat das Anfangsfieber in 100% auf. Es findet sich sicher auch in einem gewissen Prozentsatz bei der spontanen Malaria, nur tritt es in milder Form auf und wird dann nicht beachtet. Das Anfangsfieber ist ein Teil der Inkubationszeit. Für die vorhergehende fieberfreie Periode wird die Bezeichnung Präkubationszeit vorgeschlagen. F. Harry-Wiesbaden.

Eine neue Methode der abgeschwächten Malariabehandlung, von L. Horn und O. Kauders, Psych.-Neurol. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 17, S. 585.) Durch nach der Malaria tertiana-Impfung in der Inkubation und nach Ausbruch des Fiebers im Fieberanfall täglich 1mal gegebene Dosen von 0,05 g Chinin ist es häufig gelungen, das Fieber nicht über 40° hinauskommen zu lassen. Die Abschwächung der Heftigkeit des Malariafiebers eignet sich zur Behandlung der tabischen Optikusatrophie und bei bestimmten anderen Fällen, wo eine allzu stürmische Reaktion vermieden werden soll. Über den therapeutischen Effekt, der vorläufig bezüglich der Optikusatrophie günstig beurteilt wird, soll noch nichts Abschließendes gesagt werden.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Über die Bedeutung der Syphilisbehandlung mit Impfmalaria, insbesondere für die Frühsyphilis, von K. Zieler, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Würzburg. (D. m. W., 1928, Nr. 25, S. 1027.) Eine grundsätzliche Behandlung der Frühsyphilis mit Impfmalaria lehnt Verf. ab, zumal durch sie ein späteres Übergreifen auf das Zentralnervensystem nicht verhütet wird. Nur in den wenigen Fällen, die durch

Digitized by Google

maximale Kuren nicht geheilt werden können, ist die Behandlung mit Impfmalaria angezeigt. Zur Behandlung von Nervensyphilis ist stets Impfmalaria heranzuziehen in Kombination mit starker spezifischer Vor- und Nachbehandlung.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Malariabehandlung der Syphilis (Dauerbeobachtungen), von V. Mucha und F. Mras-Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 24, S. 847.) Von 310 behandelten Fällen konnten 103 dauerbeobachtet werden. 6—28 Monate rezidivfrei blieben 2 seropos. P. A., 33 L II, 7 L. latens seropos., 4 L. lat. seronegativ. Im ganzen also 45 rezidivfrei. 14 Fälle rezidivierten, und zwar vorwiegend L II-Fälle und seropos. Latenzen. Serorezidive in 3 Fällen, darunter 1mal nach 17 Monaten durch Kur provoziert. In 3 Fällen gar keine Beeinflussung, in 10 mäßige der WR. In 17 Fällen Negativwerden der WR, jedoch langdauernde Unbeeinflußbarkeit des Liquors. Von 29 pos. Liquoren wurden und blieben 12 negativ, 9 blieben zuerst schwach und wurden später von selbst negativ; 8 wurden zwar gebessert, aber nicht ganz negativ oder wurden durch eine spätere Kur provoziert positiv. 4 Fälle, die bis zur Malaria- und spezifischen Kur und über diese hinaus negativ waren, wurden später (nach 4—26 Monaten) positiv. Besonders günstig erscheint Kombination der Malaria mit Bi.

H. Colman-Berlin.

Zur Frage der Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems mit Impfmalaria, von A. A. Feldmann und Gurfinkel. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 402.) Alle Fälle von p. P. müssen einer Malariatherapie unterzogen werden, von den übrigen Fällen von Neurolues wie von den Fällen mit pathologischem Liquor ohne klinische Erscheinungen nur diejenigen, welche sich refraktär gegenüber einer spezifischen Behandlung erweisen. Der Malariabehandlung muß eine spezifische gemischte Bi + NS + KJ-Therapie vorausgehen und folgen.

A. Jordan-Moskau.

Über einen mit Impfmalaria behandelten Fall von Lues cerebri bei einer Schwangeren, von A. v. Sarbó-Budapest. (Kl. W., 1928, Nr. 21, S. 992.) Bei einer graviden Frau mit zerebralen luetischen Erscheinungen wurde eine Malariakur vorgenommen. Nach ihrer Beendigung waren alle Beschwerden der Patientin geschwunden. Das pünktlich geborene Kind zeigte keinerlei luetische Stigmata. Es war also durch die Malariabehandlung anscheinend gelungen, die Mutter von ihren Beschwerden zu befreien und bei dem Neugeborenen das Auftreten kongenitalluetischer Symptome zu verhindern. Die bei beiden vorgenommene Lumbalpunktion wies aber auf noch vorhandene spezifische Veränderungen hin, die eine weitere antiluetische Behandlung nach der Ansicht des Verf. erfordern. Es erhellt daraus auch die große Bedeutung der Liquoruntersuchungen in allen Stadien der Lues.

E. Langer-Berlin.

Epikrisen malariabehandelter Paralytiker, von B. Dattner, Kl. f. Psych. u. Neurol. Wien. (Kl. W., 1928, Nr. 20, S. 921.) Verf. gibt einen objektiven Rechenschaftsbericht über die Erfolge der bisher durchgeführten Malariabehandlung. Wichtig für die Beurteilung des Krankheitsbildes ist es, neben der klinischen Untersuchung Liquorlängsschnitte zu haben, d. h. zahlreiche, in Abständen vorgenommene Liquoruntersuchungen, da nur sie ein eindeutiges Bild von den Veränderungen des Liquors ergeben. Zwischen Liquor und klinischem Bilde besteht zwar kein unmittelbarer Parallelismus, aber eine Konvergenz. Beide sind Ausdruck ein und desselben Prozesses. Die Möglichkeit eines günstigen Verlaufes wird begünstigt durch lang anhaltende und hohe Temperaturen. Wesentlich erscheint die spezifische Nachbehandlung besonders mit Salvarsan, da dadurch die Chancen voller Remissionen und einer Verlängerung der Lebensdauer bedeutend verbessert werden. Versuche in verschieden behandelten Gruppen scheinen vorläufig zu ergeben, daß die fraktionierte und auf einen kurzen Zeitraum zusammengedrängte Salvarsannachbehandlung die besten Resultate liefert. Dagegen hat Verf. den Eindruck, daß wiederholte spezifische und kombinierte Kuren in der Spätlatenz und auch in der zweiten Latenz den Organismus außerordentlich schwächen und die Widerstandskraft herabsetzen und so bei der Vornahme einer Malariakur den Enderfolg beeinträchtigen. Die Rezidive zeigen nur 25% Remissionen und die Hälfte Todesfälle. Auch durch paranoid-halluzinatorische Zustandsbilder im Verlaufe der Paralyse wird die Prognose verschlechtert. Nach dem 4. Jahr ist bei vollremittierten Patienten eine Progression nicht mehr zu befürchten. Zahlreiche Tabellen. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Beiträge zur Epidemiologie, Statistik und Klinik des Ulcus molle, von Sinari u. K. Schapiro. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 485.) Verff. beobachteten 2 Anstiege von Ulcus molle-Erkrankungen, den einen im Jahre 1917, den andern im Jahre 1925. Am häufigsten kommt das Ulcus molle im Alter von 21—25 Jahren vor. Bei konservativer Behandlung mit desinfizierenden Salben und Streupulvern, heilte der weiche Schanker in 1½ bis 2 Monaten. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Häufigkeit des Ulcus mixtum, von Choroschin und Wacksmacher. (Arbeiten des Odessaer Dermato-Venerolog. Instituts, Bd. 1, S. 107.) Unter 202 Fällen von Ulcus molle handelte es sich in 13,3% um Ulcus mixtum; wobei die WR in einem Fall erst nach 3½ Monaten positiv wurde. A. Jordan-Moskau.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Kulturdiagnose der latenten weiblichen Gonorrhoe, von P. E. Heine, Univ.-Frauenkl. Würzburg. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 17, S. 1050.) Durch Verwendung des Levinthalschen Influenzabazillen-Nährbodens (Kochblutagar) konnten noch Gonokokken nachgewiesen werden in Fällen, wo andere Methoden versagten, so daß Verf. die technisch nicht schwierige Methode empfehlen zu können glaubt. F. Landauer-Berlin.

Die Diagnose der chronischen weiblichen Gonorrhoe durch das Seidenfaden-Plattenkulturverfahren, von W. Flessa, Gyn. Univ.-Polikl. München. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 19, S. 1198.) Ähnlich wie bei Augenerkrankungen im Bindehautsack hat Verf. in zweifelhaften Fällen durch Einlegen eines sterilen Seidenfadens in Urethra und Zervix noch Gonokokken nachweisen können, wo andere Methoden versagten. F. Landauer-Berlin.

Bemerkungen zum Gebrauch des „Sekretentnehmers nach Guttmann", von J. Lewinski-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 20, S. 785.) Der von Guttmann (D. m. W., 1924, Nr. 46, 1925, Nr. 30) empfohlene Sekretentnehmer für Harnröhre und Zervix der Frau eignet sich in seinem kürzeren Teile auch für die Harnröhre des Mannes, in die er sich bei Abwesenheit ausdrückbaren Sekretes auch bequem einführen läßt. E. Levin-Berlin.

b. Pathologie und Klinik

Über die sog. „Gonorrhoischen Keratosen" ohne Gonorrhoe, von A. Buschke, Derm. Abt. Rud. Virch.-Krankenhaus Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 24, S. 1133.) Verf. beschreibt an Hand sehr eindeutiger Abbildungen einen Fall von nichtblennorrhoischer Polyarthritis, die aus einer akuten sich in eine chronische verwandelte, und in deren Verlauf es zu einem Exanthem kam, das vollständig den Effloreszenzen entsprach, wie wir sie unter der Bezeichnung der „gonorrhoischen Hyperkeratosen" kennen. Dieser Fall und ein vor kurzem von Jolander beschriebener dürften die ersten völlig einwandfreien Beobachtungen dieser Art sein. Man muß daher zu dem Ergebnis kommen, daß es ohne Zweifel eine Hautkrankheit von dem Typus der gonorrhoischen Hyperkeratosen gibt, die im Anschluß an nicht durch Gonokokkeninfektion hervorgerufene Gelenkerkrankungen von der Form der akuten oder chronischen Polyarthritis und sicher ohne irgend welchen Zusammenhang mit Tripper auftritt. Man kann wohl zur Erklärung — wenigstens hypothetisch — für derartige Erscheinungen gewisse dispositionelle und endokrin-nervöse Einflüsse, die eventuell am Gefäßsystem angreifen, annehmen. E. Langer-Berlin.

Gonorrhoe und Lues als Ursache von Gelenkserkrankungen, von H. Schlesinger. (W. kl. W., 1928, Nr. 18, S. 638.) Richtlinien für die Praxis.

Die Lokalisation der gonorrhoischen Arthritis, von J. K. Mayr und B. Bremer, Universitätskl. u. Polikl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten München. (M. m. W., 1928, Nr. 24, S. 1024.) Statistische Arbeit auf Grund der Krankengeschichten der letzten 10 Jahre. 5778 Tripperfälle. Von diesen 2040 männlich, 3738 weiblich. Hiervon 124 Gelenkkomplikationen, und zwar 45% mono-, 28,2% poly- und 26% zuerst poly-, später monoartikulär. Polyartikuläre Form gewöhnlich an 3 Gelenken, und zwar (nach der Häufigkeit) Knie-, Hand-, Fuß-, Schulter-, Ellenbogengelenk. Von 4800 Luesfällen 1,2% Arthritiden, mehr monoartikulär, und zwar Kniegelenk.

Digitized by Google

Alter gewöhnlich zwischen 20 und 30 Jahren. Von 1700 Tbc.-Erkrankungen 3,8% Gelenkaffektionen. In jungen Jahren überwiegen des monoartikulären Typus. Differentialdiagnostisch am schwierigsten ist die Polyarthr. rheum. von der Arthritis gonococcica abzugrenzen. Hier herrscht in jüngeren Jahren die Monoarthritis vor, aber nicht so häufig, wie bei dem Tripper. Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Arthritis gonococcica nicht als eine in der Regel monarthritisch verlaufende Erkrankung anzusehen ist. H. Colman-Berlin.

c. Therapie

Die Behandlung der Gonorrhoe, von M. Gumpert-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 20, S. 946.) Ausführliches Übersichtsreferat über die Forschungsergebnisse der jüngsten Zeit. E. Langer-Berlin.

Spezielle Fragen in der Gonorrhoetherapie, von A. Perutz-Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 21, S. 665.) Von drei Faktoren ist der Verlauf abhängig: Der Ansprechbarkeit des infizierten Organismus, der Fähigkeit der erkrankten Schleimhaut Herr der Infektion zu werden und dem Verhalten des autonomen Nervensystems. Auf diese drei Faktoren ist bei der Behandlung zu achten. Eingehend wird die Frage der Wirksamkeit und des geeigneten Momentes zur Verabfolgung von Vakzinen besprochen, desgleichen die verschiedensten Arten der lokalen Behandlung und der Indikation der Massagebehandlung der Adnexe. Abortivheilung und Feststellung der Heilung finden eingehende Berücksichtigung, ohne wesentlich Neues hinzuzufügen. E. Langer-Berlin.

Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Gonoflavin, von A. Buschke, Rud.-Virchow-Krkh. Berlin. (M. m. W., 1928, Nr. 21, S. 906.) Anscheinend ungleichmäßige Fabrikation des Mittels haben ungleiche Resultate bei intravenöser Gonoflavinbehandlung ergeben. Alleinige Verwendung des Gonoflavin wird deshalb widerraten. In einigen Fällen war immerhin die Beschleunigung der Heilung und die schnelle Klärung des Urins auffallend. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Trypaflavin und Gonoflavin ist nicht festzustellen. H. Lippert-Köln.

Über die Spezifität der Immunotherapie bei Komplikationen der Gonorrhoe, von A. I. Mkrtitschjanz und L. O. Chasanoff, 2. Moskauer Urol. Univ.-Kl. (Zschr. f. urol. Chir., 1928, Bd. 24, H. 3/4, S. 214.) Verff. haben Versuche mit B. coli-, Staphylokokken- und Diphtherieserum angestellt und z. B. festgestellt, daß die akute Epididymitis nach subkutaner Injektion von 0,3—0,5 ccm B. coli-Vakzine unter Fieberanstieg schnell abheilt; bei intravenöser Injektion von 0,3—0,5 ccm B. coli-Injektion trat Fieber bis zu 40 Grad, eventuell auch höher, auf, bei nicht lange andauerndem Schüttelfrost. Gibt man weiterhin Vakzine intravenös, so steigt jedesmal die Temperatur bis gegen 40 Grad; aber der therapeutische Effekt, Aufhören der Schmerzhaftigkeit, Verkleinerung der Geschwulst, macht schnelle Fortschritte. Im Durchschnitt waren bei den 22 Patienten 2—4 Injektionen notwendig. Bei Verwendung von Staphylokokkenvakzine, mit der 25 Patienten behandelt wurden, erreichte die Temperatur nur eine Höhe von 39 Grad, aber auch die Behandlung ist langwieriger als bei der Behandlung mit B. coli-Vakzine. Mit Diphtherieserum wurden 13 Patienten behandelt, darunter ein Teil mit subakuter Epididymitis, der bereits ohne erheblichen therapeutischen Erfolg mit Gonokokkenvakzine und Milch behandelt worden war. 1 ccm des subkutan injizierten Serums genügte, um eine Temperatursteigerung bis 40 Grad, die von allgemeinen Erscheinungen begleitet war, zu erzielen. Aber 2—4 Injektionen mit dem Serum hatten einen dauernden therapeutischen Erfolg. So sehen wir, daß der Erfolg der unspezifischen Therapie auf die unspezifische Wirkung der Eiweiße zurückgeführt werden muß. Der kolloide Zustand der Reagentien und der Boden, in dem die Reaktion vor sich geht, spielen eine ausschlaggebende Rolle bei den Immunitätsreaktionen. Die Immunitätsreaktion ist nicht durch die Ansammlung von speziellen oder neuen chemischen Stoffen — Antikörper — im Organismus bedingt, sondern durch die physisch-chemische Verfassung der Organe, der Gewebe und der Flüssigkeiten, unter dem Einfluß der antigenen Reizung, deren „Spezifität" nur quantitativer Natur ist. Die Vakzinen sind also in dem Maße spezifisch, in welchem sie die Übereinstimmung des physisch-chemischen Zustandes des Antigens und des Organismus sichern, wodurch das Entstehen, der Verlauf und der therapeutische Erfolg der Immunotherapie bedingt wird. In den Begriff der „Spezifität" der Immunotherapie muß die Vorstellung einer Gesetzmäßigkeit gewisser Prozesse im Organismus ein-

Digitized by Google

geschlossen werden, die unter dem Einfluß der therapeutischen Mittel einerseits und der Konstitution im breiten Sinne des Wortes andererseits variieren.

A. Rosenburg-Mannheim.

Behandlung gonorrhoischer Komplikationen, von H. Rubritius, Urol. Abt. Allg. Poliki. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 20, S. 700.) Die spezifische Vakzinebehandlung hat die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. Mechanisch-antiphlogistische Behandlung in Kombination mit einer unspezifischen Reizkörpertherapie gibt die besten Erfolge. — Für die Behandlung der Pyelitis gonococcica ist Neosalvarsan als Spezifikum zu bezeichnen. M. Cohn-Dresden.

Über die mangelnde Brauchbarkeit der Heißluftbehandlung für die Heilung des Trippers des Gebärmutterhalskanals, von H. Geyer, Univ.-Hautkl. Würzburg. (M. m. W., 1928, Nr. 24, S. 1034.) An 32 Fällen prüfte Verf. die von Krzonkalla warm empfohlene Methode unter allen Kautelen aus und kommt zu dem Schluß, daß trotz größter Vorsicht und gleichzeitiger Atropinbehandlung eine Verschleppung der Keime in die Adnex mit nachfolgender schwerster Entzündung in der Hälfte aller Fälle vorkommt. Es ist daher vor der Methode zu warnen, besonders da die Fälle, in denen es nicht zu den obengenannten Komplikationen kam, nicht schneller abheilten als mit anderen, weniger gefährlichen Methoden. H. Colman-Berlin.

Die Heilung der chronischen Gebärmutter- und Adnexgonorrhoe durch subkutane Injektion lebender Gonokokken (Lebendvakzine), von Alfred Loeser-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 25, S. 965—967.) Die Anwendung lebender Gonokokken entsprang der Erfahrung, daß die käufliche Vakzine schnell an Wirksamkeit verliert, Frischvakzine bessere Erfolge gibt. Die Einspritzung lebender Gonokokken in oder unter die menschliche Haut ist bei Gesunden und bei Tripperkranken völlig ungefährlich. Die Gonokokken werden auf Lewinthalschem Nährboden gezüchtet, wobei bereits nach einer, bzw. zwei Passagen eine Reinkultur erhalten wird; dies ist für die Wirkung wichtig. Die Kultur wird mit 3 ccm physiologischer Kochsalzlösung abgeschwemmt, geschüttelt und davon 1—2 ccm mit 2—3 kutanen oder subkutanen Quaddeln in die Haut des Oberarmes gespritzt. Damit werden 2—4 Milliarden Keime verabfolgt. Diese vermehren sich zunächst, regen so die Abwehrkräfte an. An der Einspritzungsstelle bildet sich eine lebhafte Stichreaktion, eine lokal begrenzte Phlegmone von oft großer Ausdehnung mit meist geringer Temperatursteigerung. Herd- und Allgemeinreaktionen sind hingegen sehr gering. An der Injektionsstelle kann sich noch nach Wochen geringe Abszeßbildung einstellen. Die Methode ist nur für ganz chronische Fälle geeignet; sie bewirkt sofort oder nach anfänglicher starker Gonokokkenausschwemmung eine innerhalb 8—21 Tagen eintretende Gonokokkenfreiheit, die meist dauernd bleibt. Tritt ein Erfolg nicht ein, so kann nach 14 Tagen oder später eine zweite Einspritzung versucht werden, die auch noch Erfolg haben kann. Heilung wurde angenommen, wenn nach 3—4 Menstruationsperioden und ausgiebigen Provokationen bei regelmäßiger Untersuchung keine Gonokokken mehr nachgewiesen werden konnten und auch keine Infektionen beim Koitus eintraten. Unter 168 Fällen kamen 36 Mißerfolge vor. Die Urethral- und Rektalblennorrhoe und die Bartholinitis wird nicht beeinflußt. Mißerfolge scheinen besonders bei Frauen von lymphatisch-exsudativem Typus vorzukommen. Die Verwendung des fertigen, lebende Gonokokken enthaltenden Präparates Gonovitan ist abzulehnen, da es unwirksam ist. E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

The Physiology of the Male Reproductive System (Die Physiologie des männlichen Genitalsystems), von R. M. Oslund-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 11, S. 829.) Während bei einigen Tierarten die Hodentätigkeit zyklisch erfolgt, findet beim Menschen eine kontinuierliche Produktion von Spermatozoen statt, wobei allerdings die Zahl derselben in den Lumina der Tubuli seminiferi unter verschiedenen physiologischen Bedingungen schwankt. In den Tubuli seminiferi sieht man eine kolloide Substanz, die zum Teil von degenerierten Spermatozoen und zum Teil von den Sertolischen Zellen stammt. Es findet eine langsame aber ständige Strömung von Spermatozoen in der Richtung nach den Samenblasen zu statt. Bei Unterbindung der Vasa efferentia tritt innerhalb von 48 Stunden eine Schwellung und durch die Unelastizität der Tunica albuginea eine Verhärtung der Hoden ein;

Digitized by Google

der Druck kann so groß werden, daß die Tunica albuginea reißt. Die Länge und der Durchschnitt der Nebenhodenkanälchen variieren ziemlich beträchtlich. Durch Reizung der motorischen Nerven des Nebenhodens ändert sich das Volumen derselben. Der Nebenhoden ist kein Reservoir für periodische Entleerung des Sperma. Das Vas deferens kommt wegen seiner unelastischen Wand auch nicht als Reservoir in Betracht. Die Wände der Ampulle sind elastischer; die Ampulle faßt etwa 2 ccm und kommt vielleicht als kleines Reservoir in Frage. Auch in den Samenblasen findet keine Aufspeicherung der Spermatozoen statt. Verf. hält einen kontinuierlichen Strom von Sperma nach der Urethra ohne Aufspeicherung an irgend einer Stelle des durchlaufenen Weges für wahrscheinlich. Diese Bewegung wird durch Neuproduktion von Zellen bewirkt. Dem Flimmerepithel des Nebenhodens wird keine Bedeutung für die Fortbewegung beigelegt. Bei Unterbindung des Vas deferens können sich durch den Druck der gestauten Spermatozoen Zysten bilden. Bei Reizung des Hypogastrikus verkleinert sich der Nebenhoden. Auch rhythmische spontane Bewegungen des Vas deferens wurden beobachtet. Wahrscheinlich treten während der Kopulation Serien dieser rhythmischen Kontraktionen auf und befördern die Spermien vom Nebenhoden zur Urethra. Die Eigenbeweglichkeit der Spermatozoen spielt keine große Rolle bei dem Transport distalwärts.

A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Precocious Pubescence and Mental Growth (Körperliche Frühreife und geistige Entwicklung), von A. Gesell-New Haven, Conn. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 11, S. 840.) Bei 2 Mädchen, die frühzeitig entwickelt waren, und bei denen die Menstruation mit 4 bzw. 8 Jahren einsetzte, war die Intelligenz bei jahrelanger Beobachtung in keiner Weise dem Altersdurchschnitt überlegen. Verf. schließt daraus, daß bei Pubertas praecox die körperliche und geistige Entwicklung nicht parallel gehen. Das Körperwachstum ist von einer Reihe von Komponenten abhängig, unter denen die Pubertät eine wichtige, aber nicht ausschlaggebende Rolle spielt. Das Nervensystem zeigt eine gewisse Unabhängigkeit von somatischen Faktoren und ist in seiner Entwicklung vielmehr erbbiologisch determiniert.

A. Hirsch-Franfurt a. M.

Zur Kenntnis des Eunuchoidismus, von H. Stolzenberg, Haut- u. Geschlechtskr.-Abt. Städt. Krkh. Elberfeld. (D. m. W., 1928, H. 20, S. 825.) Bericht über eine Beobachtung. Die sekundären Geschlechtsmerkmale sind zum Teil ausgesprochen weiblich (kleiner Schildknorpel, kein Vorspringen des Adamsapfels, hohe Stimme. Beckenmasse, Genua valga, Fettpolster an Brüsten und Hüften, fehlende Bartbehaarung), zum Teil fehlen sie (mangelnde Scham- und Achselbehaarung). Die Geschlechtsteile sind infantil. Patient ist völlig asexual. F. Harry-Wiesbaden.

Über den Wert der Einpflanzung der interstitiellen Drüsen und der Kausalbehandlung der Genitaldystrophie (Sul valore dell' innesto delle glandole interstiziali e della cura causale nelle genito-distrofie), von E. Mariotti, Dermosyphil. Univ.-Kl. Neapel. (Riforma med., 1928, H. 21.) Fall 1. Einem jungen Manne wurden 1914 2 Hoden implantiert. Zuerst Vergrößerung des Gliedes, der Hoden und des Skrotums. Nach 3 Monaten Abnahme der Größe, Schwund des Transplantats. Aufhören der anfänglichen Libido. Nach 4 Jahren Hoden wieder vergrößert, sonst alles klein. Auffallend starke Mammae. 1927 Nachuntersuchung ergibt geringe Behaarung des Mons veneris, Glied sehr klein, Hoden taubeneigroß. Erektionsunfähigkeit des jetzt 32jähr. Mannes. Psyche kindlich. Phimose (Operation) Urethralausfluß ohne Gonokokken. Die Einwirkung des Implantats auf die Größe der Hoden ist ersichtlich, während das Glied klein geblieben ist. 2. Der Fall betrifft eine Genitaldystrophie infolge Lues hereditaria. Durch kombinierte Kur objektive und subjektive Besserung, insbesondere Vergrößerung der Hoden. Allerdings fehlen die Spermatozoen. Nachuntersuchung 1921 ergibt fast normale Verhältnisse, insbesondere lebende Spermien. Heirat nach einigen weiteren Kuren. 3 gesunde Söhne. WR zeitweise noch positiv. Man sieht aus diesen beiden Beispielen, daß der Arzt auf verschiedene Weisen die Schädigung der Blutdrüsen, je nach der Ursache, beeinflussen kann.

H. Colman-Berlin.

b. Pathologie und Klinik

Ein einfaches und sicheres Verfahren zur schmerzlosen, unblutigen Reposition der Paraphimose, von K. Deichsel-Breslau. (M. m. W., 1928, Nr. 23, S. 1001.) In noch nicht vor der Gangrän stehenden Fällen, bei denen Spaltung der Vorhaut indiziert

Digitized by Google

ist, genügt ein Umwickeln der Glans mit einer 1—1,5 cm breiten Gummibinde. Nach 15—20 Minuten ist die Glans derart abgeschwollen, daß die Reposition ohne Schwierigkeit gelingt. H. Colman-Berlin.

Zur Kasuistik der Präputialsteine, von S. G. Abrin-Tscherkassy (Ukraine). (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 24, S. 1484.) Bei einem Kranken mit angeborener anormaler Verwachsung von Präputium und Glans fanden sich in der so gebildeten Falte zwei kleine Konkremente, die stumpf entfernt wurden. F. Landauer-Berlin.

Ein 5 Jahre beobachteter Fall von Zirkumzisionstuberkulose, von Fedders, Univ.-Kinderkl. Riga. (Mschr. f. Kinderhlk. 1928, Bd. 38, H. 6, S. 537.) Der einmonatige Säugling, ein Findelkind, hatte eine stark infiltrierte Inzisionswunde. Daneben harte geschwollene Leistendrüsen und Vergrößerung der tastbaren Drüsen am Hals und in der Achsel. Trotz lokaler Behandlung schritt der geschwürige Prozeß weiter und zerstörte Glans und einen Teil der Pars cavernosa. Erst die im 3. Monat eingeleitete Behandlung mit örtlichen und allgemeinen Höhensonnenbestrahlungen führte zu einer restlosen klinischen Ausheilung. In den 5 Beobachtungsjahren sind keine tuberkulösen Manifestationen mehr aufgetreten.
R. Ley-Kreuznach.

Das Peniskarzinom, von A. J. Majanz-Moskau. (Zschr. f. urol. Chir., 1928, Bd. 24, H. 5/6, S. 548.) Das Peniskarzinom ist eine seltene Erkrankung, die am häufigsten im Alter von 40—60 Jahren vorkommt. Der Verlauf ist verhältnismäßig gutartig, obgleich Fälle schnellerem Wachstums und frühzeitiger Metastasenbildung in den Inguinaldrüsen und in den inneren Organen vorkommen. In der Ätiologie spielt die Phimosenbildung eine hervorragende Rolle, so daß die Phimosenoperation in der Jugend empfohlen werden muß. Die Diagnose ist im Anfangsstadium schwierig. Angaben über stinkende eitrige Absonderung aus der Phimose sind bei alten Leuten immer verdächtig. Bei vollentwickelten Fällen muß dasselbe von Gumma, Kondylomen, Tuberkulose und einfachem Papillom differentialdiagnostisch getrennt werden. Die Amputation muß im gesunden Gewebe bei gleichzeitiger Entfernung der Inguinaldrüsen ausgeführt werden. Bei Übergang des Prozesses auf das Skrotum und seinen Inhalt muß die totale Emaskulation ausgeführt werden. Die Prognose dieser radikalen Behandlungsmethoden ist gut, wenn der Prozeß nicht schon zu weit vorgeschritten ist. A. Rosenburg-Mannheim.

Diphtheria of the Penis (Diphtherie des Penis), von J. F. Prinzing-Denver. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 20, S. 1620.) 28jähriger Mann erkrankt unter schweren Allgemeinerscheinungen an heftiger Balanitis mit Phimose. Leistendrüsen beiderseits stark geschwollen. Da die Erscheinungen unter Umschlägen nicht zurückgehen, wird Abstrich gemacht, der Diphtheriebazillen ergibt. 20000 Antitoxin E. injiziert, 1000 lokal aufgepinselt bewirkten Rückgang der Entzündung. Nun finden sich auf der Glans noch unspezifische Ulzera, die unter antiseptischen Spülungen erst nach 6 Wochen abheilten. Nachforschungen ergaben bei der Frau positiven Rachen- und Vulva-Abstrich ohne Erscheinungen. 10000 J. E. injiziert machten die Abstriche negativ. H. Colman-Berlin.

Die Folgezustände nach Strikturen der hinteren Harnröhre im Röntgenbilde von A. Schmidt, Chir. Univ.-Kl. Bonn. (Zschr. f. urol. Chir., 1928, Bd. 24, H. 3/4, S. 348.) 4 typische Fälle, die die Entwicklung der Veränderungen proximal von der Striktur besonders gut darzustellen scheinen. 1. Fall: 29jähr. Mann. Vor 10 Jahren Tripper. Es zeigten sich schon Verengerungen der Pars membranecea in der Harnröhre, die unter 20 Charrière liegen. Prostata unwesentlich vergrößert, linke Seite schmerzhaft, Druck der Fingerkuppe hinterläßt eine kleine Delle. Harnröhrensekret: Staphylokokken. Zystoskopie: Leichte entzündliche Veränderungen im Trigonum, bei Druck auf die Prostata entleert sich neben dem Zystoskop Eiter aus der Harnröhre in die Blase. Röntgendarstellung: Normal figurierte hintere Harnröhre, nur Kollikus deutlich vergrößert. Pars membranacea etwas eingeengt. Die teilweise gefüllten prostatischen Drüsen zeigen leichte Aussackungen. — In diesem Anfangsstadium sind die Entzündungen nur auf die Drüsengänge und ihre Verzweigungen übergegangen, aber ohne größere Einschmelzungen — Im Falle 2, einem 53jährigen Manne, der vor 32 Jahren eine Blennorrhoe überstanden hatte, fand sich eine derbe, etwas höckerige, aber unempfindliche Prostata. Harnröhrenstriktur deutlich sichtbar. Zystoskopie: 15—20 kleine Blasensteine. Starke ulzeröse Zystitis. Röntgenaufnahme: Striktur zwischen Pars membranacea und Pars bulbosa. Neben der Pars membranacea Blindsack, der in seiner Ausdehnung ganz gefüllt ist.

Digitized by Google

daneben die entsprechende Cowpersche Drüse. Pars prostatica unregelmäßig erweitert. — In diesem Falle ist die Prostata durchsetzt von feinen Gängen, deren Konturzeichnung auf beginnende Einschmelzungsvorgänge hindeuten. — Im 3. Falle, einem 51jähr. Manne, der vor 30 Jahren eine Blennorrhoe hatte, dann Strikturen sowohl an der Pars pendulans, wie an der Pars prostatica, und zwar bis Charr. 7 hatte. Prostata derb, unempfindlich, nicht vergrößert. Harnröhrensekret: Streptokokken. Röntgenaufnahme zeigt deutliche Strikturen. Oberhalb der zweiten ein sehr ausgedehntes Gangsystem, das nach allen Seiten über die Prostata hinaus in das umgebende Beckenbindegewebe eindringt. — Der Einschmelzungsprozeß ist hier weit über die hintere Harnröhre und die Prostata hinausgegangen und in die umgebenden Weichteile vorgedrungen. — Fall 4 betrifft einen 54jährigen Mann, der längere Zeit wegen eines rezidivierenden Blasenleidens behandelt worden war. Vor 5 Jahren Abszeßbildung in der Gegend der hinteren Harnröhre. Im Harnröhrensekret Leukozyten und Epithelien. Fisteln nach dem Damm, nach dem Mastdarm zu. Hier handelt es sich um einen Endzustand, wenn auch Pat. den früheren Tripper nicht zugibt. Die Dammfistel wurde durch ein Drainstück, was versehentlich nach einer Operation in der Wunde verblieben war, unterhalten. Gänge neben der hinteren Harnröhre sieht man nicht mehr. Sie sind in der Zwischenzeit obliteriert, nachdem der Abfluß des Eiters frei war.

A. Rosenburg-Mannheim.

Periurethritis und Periproktitis mit ausgebreiteter Nekrose, hervorgerufen durch den Bacillus oedematis maligni, von E. Trojan-Szeged. (Zschr. f. urol. Chir., 1928, Bd. 24, H. 3/4, S. 273.) 47jähr. Mann. Vor 7 Jahren Tripper. Jetzt eine Miktionsstörung dergestalt, daß bei stärkstem Harndrang häufig, aber immer nur wenig Urin gelassen wird. Bei der Einlieferung Diagnose: Anurie, Sepsis. Penis schmerzhaft gerötet, geschwollen. Harnblase stark druckempfindlich. Rektale Untersuchung ergibt stark vergrößerte Prostata. Schwellung am Damm und am fixen Penisende. Urinphlegmone. Nach der Einlieferung bogenförmiger Hautschnitt am Damm, stumpfes Vorgehen gegen die Tiefe zu. Man gelangt so in eine große Eiterhöhle, die sich bis in die Prostata hinein erstreckt und im Bereich der Prostata und vor derselben die Harnröhre völlig eingeschmolzen zeigt, so daß der Katheter ohne Führung nur vorsichtig in die Harnblase eingeführt werden kann. 1 Liter Urin wird entleert. Ausspülen der großen Prostatahöhle mit Rivanol. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus pyogenes, sowie Bacillus oedematis maligni (Koch-Pasteur). Nach noch häufiger wiederholten Inzisionen und breiter Dränage allmähliche Heilung.

A. Rosenburg-Mannheim.

Über eine neue Methode zur Befestigung des Dauerkatheters beim Manne, von A. Rosenburg-Mannheim. (D. m. W., 1928, Nr. 19, S. 786.) Der Apparat „Katheterfixator" besteht aus einem weiten Metallring, der an seiner Außenseite 4 Metallschlaufen trägt. An diesen Schlaufen wird der Apparat mittels Heftpflaster an der Haut so befestigt, daß die Glans penis frei bleibt. Der Katheter wird durch 2 Stellschrauben festgehalten, von denen jede eine Klemmplatte trägt. Werden die Schrauben angezogen, so wird der Katheter fest abgeklemmt. Ein Stöpsel als Verschluß des Katheters ist nicht notwendig. Der Hauptvorteil des Apparates besteht darin, daß in dem Zwischenraum zwischen Katheter und Ring die Sekrete aus der Harnröhre abfließen können.

F. Harry-Wiesbaden.

Hunner Ulcer (Hunnersches Blasengeschwür), von H. C. Bumpus. (Proceedings Staff Meetings Mayo Clinic, 1928, Bd. 3, Nr. 13.) Das von Hunner-Baltimore 1914 zuerst beschriebene Krankheitsbild entspricht einer lokalisierten Myositis in der Blasenwand; die Erkrankung charakterisiert sich durch häufigen nächtlichen Urindrang und Schmerzen bei der Urinentleerung und betrifft zumeist das weibliche Geschlecht, und nicht selten betragen die Intervalle zwischen den einzelnen Entleerungen nicht mehr als 10—15 Minuten. Bei der zystokopischen Untersuchung sieht man am Blasenfundus eine oder mehrere weiße Stellen, die bei stärkerer Blasenfüllung aus zahlreichen Punkten zu bluten beginnen, wie wenn die Blasenschleimhaut bersten würde. Weisser hat vor einigen Jahren aus solchen Herden einen Organismus isoliert, der bei Kaninchen ähnliche Geschwüre hervorrief. Hunner hat für eine ausgedehnte Resektion gesprochen. Bumpus, der eine perimurale Fibrosis als Ursache annimmt, meint, daß die nächtliche Dysurie zu den charakteristischen Symptomen gehört und daß die Krankheit infolge ihres häufigen

Digitized by Google

Vorkommens ein ernstes urologisches Problem darstellt; als Therapie empfiehlt er die Elektrokoagulation, meint aber, daß der Erfolg dieser Behandlung nur ein halbes Jahr bis zu einem Jahre andauere und daß die Wiederholung der Elektrokoagulation zur Gangrän führen könne. F. Winkler-Wien.

Experimentelle Erzeugung von Blasensteinen durch Avitaminose, von S. Perlmann und W. Weber, Urol. Abt. Chir. Univ.-Kl. Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 25, S. 1045.) Bei 3 von 15 Ratten gelang es, durch A-freie Kost Steinbildung in der Blase hervorzurufen. Chemisch bestanden die Konkremente aus Phosphaten (Mg und Ca). F. Harry-Wiesbaden.

Enuresis, von J. K. Calvin-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 11, S. 820.) Man kann 2 Gruppen unterscheiden. 1. Organische Störungen, und zwar entweder von seiten des Nervensystems wie Idiotie, Lähmungen, Spina bifida und Tumoren oder innersekretorische Störungen, wie Diabetes insipidus. Veränderungen des Urins, der entweder zu sauer oder zu reichlich sein kann; auch kann das spezifische Gewicht nachts höher sein als am Tage. Infektionen, Entzündungen oder Steine der Blase oder Niere, Veränderungen der benachbarten Organe, wie enger Meatus, Phimose, Fissuren und Vaginitis. 2. Schlechte Angewohnheit durch Mangel an Training oder durch ein übererregbares Nervensystem. Die Hauptsache ist daher eine richtige Erziehung, die im Alter von ½ Jahr, spätestens mit 12 Monaten beginnen muß. Mit 14 Monaten muß das Kind lernen, am Tage den Urin zurückzuhalten. Diese Erziehung kann mißlingen, wenn sie zu spät begonnen wird oder wenn bei dem Kind Angst durch Beschämung oder Bestrafung hervorgerufen wird. Man muß im Gegenteil das Selbstvertrauen des Kindes stärken. In der Ernährung sind zu vermeiden: Tee, Kaffee, Pfeffer, Salz und Gewürze. Salz und Süßigkeiten dürfen nach 4 Uhr nachmittags nicht mehr gegeben werden, weil sie den Durst vermehren. Das Fußende des Bettes soll etwas erhöht stehen. Emotionen vermeiden! Selbstvertrauen wieder herstellen! Sedativa mindestens 2 Wochen lang geben, um das übererregbare Nervensystem zu beruhigen. Atropin und Belladonna leisten Gutes in den Fällen, wo die Kinder tagsüber sehr häufig urinieren. Man kann auch die Reaktion des Urins zu ändern suchen. Milieuänderung. Die Kinder müssen mindestens 3 Wochen in der neuen Umgebung bleiben. A. Hirsch-Frankfurt a. M.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Diphteria Infection of the Scrotal Contents (Diphtherieinfektion des Skrotalinhalts), von C. Martin-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 14, S. 1115.) 77jähr. Mann, der im Alter von 14 Jahren eine leichte Verletzung der l. Inguinal- und Hodenregion erlitt, die aber gut abheilte. 10 Jahre später trat eine schmerzlose Schwellung an der l. Seite des Hodensacks auf, die bis vor 8 Tagen keinerlei Beschwerden verursachte. Das r. Bein war vor 12 Jahren nach einem akuten infektiösen Prozeß mit folgender chronischer Osteomyelitis in der Mitte des Oberschenkels amputiert worden. Außerdem hat Patient Kinderkrankheiten, Malaria und Lungenentzündung durchgemacht, kann sich aber nicht erinnern, je Diphtherie gehabt zu haben. Der Hodensack wies eine faustgroße weiche Anschwellung auf, deren Punktion einen dünnflüssigen Eiter ergab. Kulturell und im Tierversuch wurden darin wiederholt Diphtheriebazillen nachgewiesen. Nachdem die Infektion auf Inzision und Drainage hin sich nicht besserte, wurde mit 15000 Diphtherie-AE geimpft. Entfernung des erkrankten Hodens lehnte Patient ab. Wenn es auch möglich erscheint, daß durch das Holzbein des Patienten eine direkte Infektion des Scrotums erfolgte, hält Verf. es doch für wahrscheinlicher, daß mit dem Blutstrom eine Superinfektion an einem alten Herd stattfand. In der Nase und Mundhöhle des Patienten wurden keine Diphtheriebazillen gefunden. A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Plastischer Ersatz des Hodensackes, von E. König, Chir. Univ.-Kl. Königsberg i. Pr. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 2, S. 244.) Bei einem Erysipel des Hodensacks kam es zu einer Gangrän, so daß beide Hoden und ein großer Teil der Samenstränge frei zutage lagen. K. bildete an der Innen- und Vorderseite des Oberschenkels einen doppelt gestielten, brückenförmigen Lappen aus Haut und Unterhautfettgewebe von 18 cm Länge und 6 cm Breite. In die entstandene Tasche wurde der Hoden versenkt; um seine Verwachsung am Oberschenkel zu verhüten, wurde zwischen ihn und den Oberschenkel ein Stück steriler Billrothbattist eingelegt. Nachdem der Hoden nach einigen Tagen am Lappen festgewachsen war, wurden die Stiele des Brückenlappens durchtrennt, die vorher durch Abklemmung

Digitized by Google

mit federnden Klammern an die verminderte Ernährung gewöhnt waren. Nachdem so beide Hoden einzeln umkleidet waren, wurde noch durch Anfrischung und Vernähung der einander zugekehrten Anteile der Umhüllung der einzelnen Hoden ein einheitliches hodensackähnliches Gebilde geschaffen. Der kosmetische Erfolg war recht zufriedenstellend. A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der Hodentransplantation, von L. Schönbauer und F. Hogenauer, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 3, S. 333.) Verff. haben an Rhesusaffen das Verhalten von Auto- und Homotransplantaten studiert, nachdem sie diese Tiere genau nach der Vorschrift Voronoffs operiert hatten. Vergleichsweise wurden auch Hodenstückchen ins präperitoneale und ins extraperitoneale Gewebe eingepflanzt und nach gewissen Zeiten untersucht. Die dann herausgenommenen Transplantate wurden in Serien zerlegt und untersucht. Aus den Versuchen der Verff. geht mit Bestimmtheit hervor, daß die Transplantate zugrunde gehen, gleichgültig ob sie extra- oder intraperitoneal oder nach Voronoff in die Tunica vaginalis testis eingepflanzt wurden. Bereits nach 2½ Monaten sind die transplantierten Hodenstückchen vollkommen fibrös und atrophisch geworden und eben noch als solche erkennbar. Von den extra- und intraperitoneal verpflanzten Stückchen war in einigen Fällen nichts, oder nur Narbengewebe festzustellen. Meistens zeigten nur noch die Seidenfadenreste die Stelle an, wo das Transplantat eingesetzt worden war. Auch bei dem Tier mit Autotransplantation (wo dem Spender sein eigener Hoden zurücktransplantiert wurde), war das Transplantat nach 5 Monaten vollkommen fibrös umgewandelt. Verff. haben 4 Patienten nach der Voronoffschen Methode operiert. Der erste Fall betraf einen typisch eunuchoiden 21jährigen Mann mit nur olivengroßen Hoden, der nach der Operation einen erotischen Traum hatte, und dann, da er aus psychischen Gründen trotz häufiger Erektionen und ausgesprochener Libido nicht koitieren konnte, erst nach durchgeführter Psychotherapie vollwertig koitieren konnte. Da Pat. infolge einer in den Jahren 1923 und 1924 ausgeführten doppelseitigen Hernienoperation die Atrophie der Hoden erlitten hatte, so ist der Erfolg wesentlich, obgleich man nicht weiß, ob der Haupterfolg der Operation oder der Hypnose zuzuschreiben ist. Der 2. Fall, der einen 47jähr. Mann betraf, dem Verff. einen halben Hoden von einer Mangave nach Voronoff implantierten, war ein unbedingter Mißerfolg, obgleich die Einheilung des Transplantats per primam intentionem erfolgte. Im 3. und 4. Falle, einem 54jähr. Manne mit senium praecox, und einem 67jähr. Manne zeigte sich bei den Pat. nach 3 Monaten eine gesteigerte Arbeitsfreudigkeit, der letzte Pat. hatte auch eine gesteigerte Libido. Im allgemeinen aber kommen Verff. zu der Ansicht, daß die Voronoffsche Operation die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. A. Rosenburg-Mannheim.

Nachtrag „Zur homoplastischen Transplantation des Hodens im Tierversuch“, von R. Demel, I. Chir. Kl. Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 3, S. 548.) In Vervollständigung seines Berichtes im 150. Band dieser Zeitschrift, ref. Derm. W., Bd. 87, S. 1502, hat Verf. über seine Erfahrungen bei der vierzeitigen Hodentransplantation berichtet. Die Ergebnisse dieser Versuche haben gezeigt, daß der Testikel auch bei dieser Methode der homoplastischen Transplantation trotz gelungener primärer Einheilung und Vaskularisation, in absehbarer Zeit völlig zugrunde geht und resorbiert wird. Da Verf. glaubte, daß, wenn der Bedarf nach dem betreffenden Material besonders groß ist, der Testikel vielleicht sich länger hält, hat er bei den folgenden Versuchen die Ratten semikastriert und dann erst die Transplantation vorgenommen. Aber auch bei diesen Tieren (20 Ratten) wird das in 4 Sitzungen allmählich übertragene Hodentransplantat in absehbarer Zeit (etwa 3 Monaten) vollständig resorbiert. A. Rosenburg-Mannheim.

Plastische Hodenoperation zwecks Verjüngung, von V. Lakatos-Baden. (W. m. W., 1928, Nr. 19, S. 602.) Verf. demonstriert 2 Fälle, an denen er auf Grund vorhergegangener Hundeversuche eine neue Methode von Verjüngungsoperationen vorgenommen hat. Er spaltet die Tunica propria des Hodens an zahlreichen Stellen, so daß der Hoden durch diese hindurchdringt und das Aussehen einer Brombeere erhält. Die prolabierte Oberfläche der Drüse ist fast so groß wie die von der Tunika bedeckt bleibende. Dann Versenkung in die Tunica vag. com., die sich straff über die so vergrößerte Hodensubstanz spannt. Schon wenige Tage nach der Operation treten beim Tier und Menschen Zeichen einer Verjüngung auf, gebesserter Appetit, Gewichtszunahme, straffer Muskeltonus, vergrößerte Arbeitslust und Kraft.

Digitized by Google

Beim Tier außerordentliche Rauflust. Es wird dabei mehr Wert darauf gelegt, die Alterserscheinungen wettzumachen, als die spezifischen sexuellen Funktionen wieder herzustellen. E. Langer-Berlin.

Deux cas de chorio-epithélioma malin chez l'homme (Zwei Fälle von malignem Chorionepitheliom beim Menschen), von R. Jeanneret, Inst. f. pathol. Anat. Lausanne. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 23, S. 585—589.) Das eine im ganzen seltene Neubildung des Hodens darstellende Chorionepitheliom ist außerordentlich maligne, zeigt schon frühzeitig Drüsenerkrankungen und Metastasen. Seinen Ausgang nahm es in den beiden beschriebenen Fällen von einem Teratom des Hodens; dieses selbst wird nicht als Neubildung betrachtet, sondern als heterotope Bildung, seine konstituierenden Bestandteile können durch eine neoplastische Fruchtbarkeit ein unbegrenztes Wachstum erlangen. E. Levin-Berlin.

Die konservative Behandlung der Nebenhodentuberkulose, von Georg Wolfsohn, Krkh. d. Jüd. Gemeinde Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 25, S. 957—959.) Die konservativen Behandlungen haben sich als vorteilhafter erwiesen, da der Hoden selbst meist nur sehr wenig ergriffen oder völlig frei ist. Darauf beruht die Epididymektomie, die aber auch noch ziemlich eingreifend ist. Gegen nicht operative Methoden, wie Stauung und Röntgenbestrahlungen, bestehen mehrfach Bedenken, hingegen ist die Einspritzung von Desinfektions- und Reizmitteln in den erkrankten Herd erfolgversprechend. Am geeignetsten ist hierfür das Tuberkulin Rosenbach, dem 1%ige Novokainlösung zugesetzt wird. Anfangsdosis 0,1, je nach den Reaktionen nach deren Abklingen um 0,1—0,2 steigend wiederholt. Die Einspritzungen sollen nicht in eine präformierte Höhle, sondern in die Abszeßwand gemacht werden. Die Reaktionen sind meist heftig; es kommt zunächst stets zu einer vorübergehenden Fistelbildung, die aber schnell ausheilt. Die Dauer der Kur beträgt 6—8 Monate. Die Erfolge der Methode waren gute, es bleiben nur geringe Verdickungen zurück; die innere Sekretion des Hodens wird in keiner Weise geschädigt. Rezidive sind bisher nicht beobachtet worden; ein Übergreifen auf die andere Seite läßt sich ebensowenig wie durch andere Methoden verhüten. E. Levin-Berlin.

Über die pathologischen Veränderungen der Samenblasen (auf Grund des Leichenmaterials), von A. A. Wassiljeff-Leningrad. (Zschr. f. urol. Chir., 1928. Bd. 24, H. 5/6, S. 502.) Verf. hat an 120 Leichen die Samenblasen auf ihre pathologisch-anatomische Beschaffenheit untersucht und festgestellt, daß die Veränderungen, die sich im Alter zeigen, also die reinen Alterserscheinungen, in einer Verdickung der Samenblasenfalten und dadurch in einer Abnahme des Samenblasenlumens bestehen. Die Muskelfasern der Samenblasenwände werden durch Bindegewebe ersetzt, dann folgen die Pigmentablagerung in den Epithelzellen und zuletzt die fast vollständige Atrophie der Samenblasen. Diese Alterserscheinungen treten verhältnismäßig früh auf. Der Gefäßapparat der Samenblasenkapsel wird relativ früh von athero- und arteriosklerotischen Prozessen betroffen. Pigmentablagerung in den Bindegewebs- und Muskelzellen der Samenblasenwände erfolgt gleichzeitig. In den Samenblasen wurden ziemlich oft Entzündungsprozesse in Form von metastatischer, eitriger Vesikulitis, ferner chronischer oder akuter katarrhalischer Vesikulitis oder auch chronischer fibröser Vesikulitis (erweiterte oder atrophische Samenblasen) beobachtet. Auch Fälle chronischer Perivesikulitis konnte Verf. beobachten. Eine chronische Entzündung der Samenblasen wurde in 47% bei septischen Fällen, in 80% bei Syphilis und in 19% bei Tuberkulose nachgewiesen, wobei bei der Tuberkulose keine spezifische Entzündung nachgewiesen werden konnte. Die oft beobachteten Verkalkungen der Samenblasen sind vielleicht der Ausgang tuberkulöser Prozesse. In den Fällen ausgedehnter bösartiger Geschwülste der Prostata und Harnblase wurden fast stets Infiltrationen von Geschwulstzellen in den Samenblasen beobachtet. Metastasen entfernt gelegener Geschwülste kommen auch nicht selten in den Samenblasen vor, werden aber, da sie makroskopisch fast keine Veränderungen machen, leicht übersehen. Es ist nach den Befunden des Verf. anzunehmen, daß die Samenblasen bei den septischen und infektiösen Allgemeinerkrankungen häufiger als bisher angenommen mit angegriffen werden. A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Frage der Histotopographie der Vorsteherdrüse und der Samenblasen, von M. Saigraeff, Path. Inst. Rud.-Virch.-Krkh. Berlin. (Zschr. f. urol. Chir., 1928, Bd. 24, H. 3/4, S. 389.) Verf. hat an 49 Leichen erwachsener Männer, zweier Neugeborenen, eines 4jährigen Kindes und 3 Affen die Verhältnisse der Vorsteherdrüse und der Samenblasen durch die histotopographische Methode nach

Digitized by Google

Christeller studiert und kommt zu dem Ergebnis, daß man schon bei makroskopischer Besichtigung der Prostata einen Unterschied im Bau bei drei verschiedenen Prostataabschnitten feststellen kann. Ein Teil des Drüsengewebes, das im Winkel zwischen der Prostata und der Samenblase liegt, ist durch eine Bindegewebswand, die auch Muskelgewebe enthält, von der übrigen Prostata abgeschieden. Das Sekret dieses Drüsenteiles ist viel dicker als das der übrigen Prostatateile. Dieses Sekret dem Samenblasensekret beigemengt, veranlaßt die Gerinnung desselben und ruft eine Verwandlung desselben in eine breiige Masse hervor. Das Sekret der übrigen Prostatateile, das gewöhnliche Prostatasekret, besitzt diese Eigenschaft nicht. Das Lumen der Drüsen in diesen Gebilden ist größer als das Lumen der Drüsengänge in der übrigen Prostata und kleiner als das Lumen der Samenblasenschläuche. Diese Durchgänge haben auch schwach entwickelte Zotten, was die übrigen Prostataschläuche nicht haben, sind aber wiederum zu schwach, um mit den Zotten der Samenblasengänge verwechselt werden zu können. Der Bau der Samenzellen ist an 70 von 35 Leichen entnommenen Präparaten studiert worden. Es zeigte sich, daß die schmalen Enden der Samenblasen, der sog. Samenblasenhals, einen nicht völlig geschlossenen Winkel bilden, der zwischen 70 und 90 Grad liegt, und daß dieser Winkel nicht von dem Füllungsgrad der Harnblase abhängt. Die innere Schicht der Samenblase bildet die Schleimhaut, die zackige Erhabenheiten der verschiedensten Form hat. Die Verästelungen dieser Erhabenheiten, die eine große Rolle bei der Gonokokkeninfektion spielen, können in 3 Gruppen eingeteilt werden. Bei der ersten Form bildet die Epithelschicht eine zickzackförmige Linie, deren Ausbuchtungen unbedeutend sind, jedoch manchmal an Zotten erinnern. Diese Form findet man gewöhnlich am Samenblasenapex. Die zweite Form findet man bei jungen Leuten, aber auch bei alten Männern. Die Zotten sind hier größer und bilden oft ein zwei- bis dreischichtiges Netz. Diese Form herrscht in den Samenblasen überall vor. Sie ist sowohl im Apex wie im Corpus anzutreffen. In der dritten Form sind die Zotten zu einem dichten Netz verflochten, das manchmal das ganze Lumen der Samenblase ausfüllt. Diese Form kommt hauptsächlich im Corpus der Samenblase vor und findet sich oft bei jungen Männern, viel seltener bei alten Männern. — Das Epithel der Schleimhaut ist zylindrisch, ein- oder vielschichtig. Hin und wieder ist auch ein kubisches Epithel anzutreffen. Die Ampulle bildet die Fortsetzung des Vas deferens. — Der Samenhügel besteht aus elastischen Faserzügen, zwischen denen glatte Muskelfasern in bedeutender Menge sich befinden. Sein Gerippe ist von kavernösem Gewebe umringt und von kavernösem Gewebe durchsetzt, das sich besonders an der Basis des Samenhügels befindet. An seiner Basis verbreitert sich der Samenhügel und geht dann nach beiden Seiten ohne Grenze auf die Prostata über. Die Sphincter spermatici umfassen, jeder gesondert, jeden der Ductus ejaculatorii. Einen dritten Muskelstrang, der beide Ausführungsgänge zugleich umschließen soll, konnte Verf. nicht finden. Verf. fand wohl Muskelfasern, die von der Prostata auf den Samenhügel übergehen, auch in die Rundfasern hineingeflochten waren, aber keinen gemeinschaftlichen Sphinkter um die beiden Ductus ejaculatorii bilden. Beim Vergleich zwischen den Samenbläschen und der Prostata des Menschen und des Affen zeigt sich, daß die Breite der Samenblasenwand beim Affen bedeutend geringer ist als beim Menschen. Die Samenblasen der Affen sind 3mal größer als ihre Prostata. A. Rosenburg-Mannheim.

Die Gefährlichkeit der Prostatamassage, von K. Lutz, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Pankow. (D. m. W., Nr. 22, S. 916.) Verf. teilt 3 Fälle mit, bei denen es nach Prostatamassagen zu Abszeßbildung mit periurethraler Phlegmone und allgemeiner Sepsis kam. 2 Patienten kamen ad exitum. Auf Grund dieser Erfahrung wird die Prostatamassage als unphysiologische, unchirurgische und gefährliche Maßnahme verworfen. Die Heilerfolge bei Prostataerkrankungen werden hauptsächlich durch die anderen mit der Massage meist verbundenen Behandlungsmaßnahmen, wie heiße Sitzbäder, Diathermie, Diät, Regelung des Stuhlganges usw. erzielt. Verf. ist der Ansicht, daß die Schädigungen durch Prostatamassage ungleich viel häufiger sind, als sie veröffentlicht und zugegeben werden. F. Harry-Wiesbaden.

Über ausgedehnte Prostatahöhlenbildung (Vorblase) durch Tuberkulose, von L. Kielleuthner, Path.-anat. Inst. München-Schwabing. (Zschr. f. urol. Chir., 1928, Bd. 24, H. 3/4, S. 277.) Zusammen mit Niere, Samenblase und Nebenhoden bildet die Prostata einen besonders bevorzugten Ansiedlungsplatz für die tuberkulöse Infektion. Die Prostata wird ebenso wie die anderen obigen Organe immer sekundär

Digitized by Google

infiziert. Multiple kleine Höhlen und Abszesse in der Prostata sind nicht selten, dagegen sind die Fälle, in denen ein ganzer Prostatalappen eingeschmolzen ist und große Höhlen entstanden sind, sehr selten. Hier spielt dann meistens die Mischinfektion eine Rolle. Diese erweichten Prostataherde brechen dann in die Urethra, das Rektum, in die Dammgegend und den Blasenboden durch. Verf. fügt den 9 Fällen der Literatur einen selbst beobachteten Fall bei einem 21jähr. Manne hinzu. Mit 11 Jahren überstand Pat. eine Hüftgelenksentzündung. Mit 15 Jahren „Blasenkatarrh". Jetzt, im Anschluß an eine Verkühlung, ist nur eine schmerzhafte Urinentleerung nach heftigem Pressen möglich, wobei dicker, übelriechender Urin zutage gefördert wird. Seit 4 Tagen Aufstoßen, Erbrechen. Bei der Einlieferung findet sich ein Thorax paralyticus. Verschärftes Atemgeräusch, verlängertes Exspirium, klingende Rasselgeräusche. Urin: Alb. Opaleszenz, Sacch. 0. Sediment: Tuberkelbazillen ++. Am 4. Tage nach der Einlieferung unter fortschreitender Verschlimmerung Exitus. Die Sektion ergibt: Tuberkulöse Pyonephrose der rechten Niere mit Obliteration des Ureters und der Uretermündung. Pyelitis und Ureteritis tuberculosa mit Abszessen der linken Niere. Cystitis tuberculosa. Tuberkulöse Spermatozystitis und tuberkulöse Prostatahöhlenbildung. Funikulitis. Orchititis fibrosa links. Die Wand der Prostatahöhle bietet mikroskopisch das Bild eines chronisch tuberkulösen Prozesses. A. Rosenburg-Mannheim.

e. Weibliches Genitale

Über das Vorkommen des Fraenkelschen Gasbazillus in der Vagina bei gesunden Frauen, von R. Schubert, Med. Univ.-Polikl. Hamburg. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 105, H. 6/8, S. 339.) Bei der Untersuchung der Vaginalflora hinsichtlich des Vorkommens des von E. Fraenkel 1893 beschriebenen Gasbazillus zeigte es sich, daß bei manchen gesunden Frauen im Ausstrichpräparat keine verdächtigen Elemente oder nur vereinzelt zu sehen waren, während die im Maaßenschen Exsikkator gehaltene Kultur in Leberbouillon mit Übertragung auf zweiprozentigen Traubenzuckerblutagar Gasbazillen entwickelte. Dies weist darauf hin, daß die Gasbazillen in der Vaginalflora hier nicht sehr zahlreich oder stark von anderen Keimen überwuchert vorhanden waren. Unter 25 Fällen wurden aber doch 16mal Gasbazillen nachgewiesen; es handelte sich um Fälle, bei denen kein Abortus stattgefunden hatte und bei denen kein Eingriff an dem Genitale vorgenommen worden war. Verf. zieht aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß der Gasbazillus zu den häufig vorkommenden Bewohnern der Vagina gehört und daß bei dem Auftreten einer Gasbazilleninfektion im Puerperium die Erkrankung durch die eigenen, schon vorher in der Vagina vorhandenen Erreger hervorgerufen wird. In einer von Bingold gegebenen Zusammenstellung der Gasbazillusinfektionen an der Schottmüllerschen Abortus-Station in Hamburg ergibt sich, daß unter 130 Abortusfällen, bei denen im Zervikalabstriche Gasbazillen gefunden wurden, 28 einen ganz komplikationslosen Verlauf nahmen. F. Winkler-Wien.

Influence du liquide folliculaire provenant d'une nymphomane sur la réaction vaginale du rat (Einfluß der von einer Nymphomanen herrührenden Follikelflüssigkeit auf die Reaktion der Scheide der Ratte), von G. Cotte und G. Pallot. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 98, Nr. 15, S. 1336—1337.) Einspritzung von aus einer Ovarienzyste einer Nymphomanen entnommenen Flüssigkeit bewirkte bei einer seit 14 Tagen in sexuellem Ruhestande befindlichen Ratte das Auftreten von Brunsterscheinungen an der Scheidenschleimhaut. Eine im ganzen geringere Reaktion wurde bei derselben Ratte durch Einspritzen von Blutserum bewirkt, das von derselben Person in der Zeit des Prämenstruums, in der der Gehalt an Follikulin am größten ist, entnommen war. E. Levin-Berlin.

Bemerkungen zu Niedermeyers Mitteilung „Präventivverkehr als Ursache schwerer Kolpitis" im Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 13, von A. Littauer-Leipzig. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 22, S. 1415.) Verf. hat die in der zitierten Arbeit beschriebene Kolpitis beim Gebrauch des Gummikondoms häufig gesehen und deutet sie als Ansiedlung des Soorpilzes auf der beim Coitus condomatus gescheuerten Schleimhaut. Zur Behandlung des Soorpruritus empfiehlt er Pinselung mit Pyoktanin. F. Landauer-Berlin.

Bemerkung zu der Arbeit von A. Niedermeyer „Präventivverkehr als Ursache schwerer Kolpitis" in Nr. 13 des Zbl., von W. Rother-Bunzlau. (Zbl. f. Gyn., 1928. Nr. 23, S. 1470.) Die Kolpitis beim Coitus condomatus ist bedingt durch die

Digitized by Google

fehlende Neutralisation des sauren Scheidensekrets durch das alkalische Sperma. Es empfiehlt sich deshalb post coitum eine Spülung der Vagina mit abgekochtem Wasser vorzunehmen, wodurch stärkere, durch vermehrte Säurebildung bedingte Reizerscheinungen verhindert werden können. F. Landauer-Berlin.

Zur Kenntnis der Portioleukoplakien, von H. Hinselmann, Gyn. Abt. Städt. Krkh. Altona. (D. m. W., 1928, H. 24, S. 992.) Untersucht man mit zentriertem, intensivem Licht binokular mit Vergrößerung, so sieht man häufig Portioleukoplakien. Sie sitzen meist in der Umwandlungszone, d. h. mit Plattenepithel überzogenen Mazerationsektropium (Pseudoerosio congenita). Da die Leukoplakien häufig in Karzinom übergehen, empfiehlt Verf. rechtzeitige Portioamputation.

F. Harry-Wiesbaden.

Weiteres zur Diagnose der Portioleukoplakien, von H. Hinselmann, Gyn. Abt. Städt. Krkh. Altona a. E. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 22, S. 1373.) Beschreibung ausgedehnter Leukoplakien der vorderen Lippe der Portio, während die hintere frei davon erschien. Durch vorausgegangene digitale Untersuchungen war die Oberfläche der Leukoplakien abgeschabt worden, so daß ihr eigentümlich weißlich verfärbter Grund sichtbar wurde. 3 Tage Ruhe hatten zur Neubildung der abgeschabten oberen Schichten genügt. Die ganze Gegend, in der die beiden Hauptleukoplakien saßen, war leukoplakisch verändert, so daß auch die Schleimhaut zwischen den einzelnen Leukoplakien mit erkrankt war. Trotz der Multiplizität der Leukoplakien war weder ein anamnestischer noch ein objektiver Anhaltspunkt für Lues vorhanden, auch der Wassermann war negativ. F. Landauer-Berlin.

Seltene Tuberkuloseformen des weiblichen Genitales, von G. Halter, Gyn. Abt. Krkh. Stadt Wien. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 18, S. 1148.) Bei einer hereditär stark belasteten und auch selbst lungenkrank gewesenen Patientin findet sich an der Innenseite des kleinen Labiums ebenso wie an der Portio je ein seichtes unterminiertes, nicht schmerzhaftes Geschwür. Histologisch: aus epitheloiden lymphoiden Zellen zusammengesetzte, nicht verkäsende Konglomerattuberkulose. Außerdem bestand noch eine beiderseitige Adnextuberkulose, die bereits vor einem Jahr, auf hämatogenem Wege wahrscheinlich, entstanden war und von dort Infektion der übrigen Genitalabschnitte verursacht hatte. F. Landauer-Berlin.

Zur Behandlung des weiblichen Fluors, von F. Mras, Abt. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten Heilanst. Klosterneuburg, Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 13, S. 449.) Empfehlung von Chloramin bzw. Gynaeclorina zur Behandlung des Fluor vaginalis. Verf. beobachtete dabei starke Abnahme des eitrigen Fluors und weitgehende Desodorierung, während Reizerscheinungen nie beobachtet wurden. Zur Pulverbehandlung erwies sich als besonders geeignet Silargol.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Richtlinien zur Behandlung des nicht gonorrhoischen Fluors, von K. Bucara. (W. kl. W., 1928, Nr. 17, S. 598.) Richtlinien für die Praxis.

Eine neuartige Behandlung der Genitalflüsse mit „Curandra", von R. Dobbertin-Berlin-Oberschöneweide. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 16, S. 1016.) Um Medikamente länger, als es bei Spülungen der Fall ist, auf die kranke Scheidenschleimhaut einwirken lassen zu können, ohne die Nachteile der Trockenbehandlung mit in Kauf nehmen zu müssen, verwendet Verf. ein Chlorpräparat, dem er eine cremeartige Konsistenz gegeben hat. Die dicksirupöse Creme wird in Tuben gefüllt, auf die ähnlich einem Mutterrohr ein Glasrohr aufgeschraubt wird, das sich die Pat. selbst einführen kann. Der unter dem Einfluß der Sekrete sich entwickelnde Sauerstoff und das Chlor haben eine außerordentlich bakterizide Wirkung, auch auf Gonokokken. F. Landauer-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

L'action législative contre la prostitution et les maladies vénériennes en Allemagne et en France (Die Gesetzgebung gegen die Prostitution und die Geschlechtskrankheiten in Deutschland und Frankreich), von G. Ichok. (Presse méd., 1928, Nr. 41, S. 651.) Verf. bespricht die diesbezügliche deutsche Gesetzgebung seit 10. XII. 1918, vor allem das Gesetz, das am 1. X. 1927 in Kraft getreten ist, von welchem er sich viel verspricht. Auch in Frankreich sind ähnliche Gesetze in Vorbereitung, jedoch werden die Bordelle gelassen mit entsprechender ärztlicher Kontrolle der Prostituierten. Reglementierung wird ebenfalls abgeschafft.

D. Abel-Lörrach.

Digitized by Google

Venereal Disease Control (Kontrolle der Geschlechtskrankheiten), von J. H. Stokes-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 10, S. 743.) Durch die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist in der Zeit von 1901—1925 die Mortalität an Tabes, Paralyse und Aneurysma stark gesunken. Prophylaktisch wichtig ist die Belehrung des Publikums und die gute Ausbildung der Ärzte in der frühzeitigen Erkennung aller Symptome. Von therapeutischer Bedeutung ist die ständige Zusammenarbeit zwischen Klinik, einem Zentrallaboratorium und eventuell dem Seziersaal. H. Colman-Berlin.

War die geringe Zahl der kontrollierten Puellae publicae ein berechtigter Grund, die polizeiliche Kontrolle aufzuheben?, von F. Bruck-Berlin-Schöneberg. (M. m. W., 1928, Nr. 17, S. 739.) Verf. betont, daß der Wert der Reglementierung nicht ausschließlich nach der Zahl der von ihr erfaßten Prostituierten zu beurteilen sei, sondern daß es auf den Umfang des von den einzelnen Prostituierten betriebenen Sexualverkehrs ankomme. M. Cohn-Dresden.

Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der gerichtlichen Praxis, von F. Leonhardt-Charlottenburg. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1928, Nr. 11, S. 400.) Vortrag im Fortbildungslehrgang für Medizinalbeamte.

Zweifelsfragen aus dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von A. Hellwig-Potsdam. (D. m. W., 1928, H. 18, S. 749.) 1. Nur wenn ein Arzt sich in unlauterer Weise zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten „erbietet", kann er wegen Vergehens gegen § 7 Absatz 3 bestraft werden. 2. Verschreibt der Arzt lediglich auf Grund der Untersuchung des Kranken durch einen Kurpfuscher Medikamente zur Bekämpfung einer Geschlechtskrankheit, so macht er sich einer nach § 7 Absatz 3 verbotenen und strafbaren Fernbehandlung schuldig. 3. Ob sich der Kurpfuscher damit herausreden kann, daß er nicht die Geschlechtskrankheit, sondern ein anderes Leiden behandelt habe, wird von Fall zu Fall entschieden werden müssen. 4. Sobald die Ansteckungsgefahr beseitigt ist, besteht für den Kranken keine Behandlungspflicht mehr. Der Kurpfuscher jedoch, der den nicht mehr ansteckungsfähigen Patienten behandelt, macht sich strafbar (§ 7). 5. Der Apotheker, der eine äußerliche Besichtigung der Genitalien vornimmt oder den Kranken nach den Krankheitserscheinungen befragt, macht sich strafbar, auch wenn er kein Mittel zur Linderung oder Heilung verabreicht. 6. Eine strafbare Handlung liegt ferner vor, wenn der Apotheker einem Kranken auf dessen Verlangen ein bestimmtes Mittel verabreicht, oder wenn der Patient bittet, ihm ein geeignetes Mittel zu verabfolgen. Letzteres ist eventuell nur eine nicht strafbare Beihilfe zu einer nicht strafbaren Selbstbehandlung. F. Harry-Wiesbaden.

Was heißt „behandeln" nach dem Sprachgebrauch des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? Zu dem gleichnamigen Aufsatz von Landgerichtsdirektor Dr. Albert Hellwig in Potsdam in der Derm. W., Bd. 86, von F. Pinkus. (M. Kl., 1928, Nr. 20, S. 765—767.) Die von Hellwig in seinem Aufsatze ausgesprochene Anschauung, daß in dem Sprachgebrauche des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der in den verschiedenen Bestimmungen und in mannigfacher Verbindung wiederkehrende Begriff „Behandeln" keinen eindeutigen zwingenden Begriff darstellt, daß vielmehr auch Untersuchung und Diagnosenstellung mit darunter zu verstehen sind, wird als ganz unbegründet zurückgewiesen. Die Bestimmungen des Gesetzes sind in ihrem Wortlaute auf dem medizinischen Sprachgebrauche aufgebaut, der Untersuchung (ohne die eine Diagnosenstellung nicht in Frage kommt) und Behandlung scharf trennt. Es kann keine Rede davon sein, daß das Gesetz unter behandeln auch eine Behandlung im weitesten Sinne, d. h. einschließlich Untersuchung und Diagnosenstellung versteht, sondern es kann nur Behandlung im wörtlichen Sinne gemeint sein. Wenn im § 4 außerdem von Beobachtung die Rede ist, so handelt es sich um tatsächlich noch nicht geheilte Geschlechtskranke in der Zeit, in der eine eigentliche Behandlung nicht stattfindet. Fernbehandlung kann zwar an und für sich eine Behandlung, sogar eine richtige sein, ist aber vom Gesetz verboten. Auch der sich selbst Behandelnde verstößt gegen das Gesetz dadurch, daß er sich nicht von einem Arzte behandeln läßt (das trifft auch auf den sich selbst behandelnden Arzt zu), nicht dadurch, daß er als Nichtarzt sich selbst behandelt. Alles in allem ist also festzustellen, daß das Gesetz in Übereinstimmung mit dem Arzte unter Behandlung stets nur die wirkliche Heilbehandlung versteht. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Eine Lücke im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von A. Hellwig-Potsdam. (D. m. W., 1928, H. 22, S. 927.) Im § 7 Absatz 2 und 3 sind nicht alle Verbote, die im Absatz 1 aufgeführt werden, auch ausdrücklich unter Strafe gestellt worden, so z. B. das Verbot der Fernbehandlung und das Verbot der Erteilung von Ratschlägen für die Selbstbehandlung. Trotz dieser Lücken im Gesetz steht Verf. auf dem Standpunkt, daß die genannten Handlungen strafbar sind (siehe Kommentar des Verf.). Erst eine reichsgerichtliche Entscheidung wird den Rechtsstandpunkt endgültig klären müssen. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Bewertung der latenten Gonorrhoe als Infektionsquelle und die Stellungnahme der Gesetzgebung zur Gonorrhoeprophylaxe, von J. Frist-Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 11, S. 380.) Eine große Anzahl von frischen Infektionen erfolgt durch die sogenannten latenten Fälle. Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zeigt eine große Lücke: Es berücksichtigt den latenten Tripper zu wenig. Dieser Begriff muß, wie der Begriff der latenten Lues, jedem Arzt geläufig werden. Entsprechende Merkblätter müssen die Patienten auf die Gefahren der latenten Erkrankung hinweisen. H. Lewinsky-Berlin.

Unbeschränkter Behandlungszwang für geschlechtskranke Soldaten?, von M. Rittau-Köslin. (D. m. W., 1928, H. 18, S. 751.) Die Rechtslage eines geschlechtskranken Soldaten gleicht vollkommen der einer geschlechtskranken Zivilperson. Weigert sich jedoch der Soldat, seine Einwilligung zu einem mit Gefahr verbundenen ärztlichen Eingriff zu geben und ist eine Wiederherstellung seiner durch die Geschlechtskrankheit beeinträchtigten Dienstbrauchbarkeit nach militärärztlichem Gutachten innerhalb eines Jahres nicht zu erwarten, so hat das Reich das Recht, den Dienstvertrag zu kündigen. Der entlassene Soldat hat allerdings Anspruch auf Versorgung. F. Harry-Wiesbaden.

Zehn Jahre Beratungsstelle für Geschlechtskranke, von A. Citron-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 20, S. 799—800.) Gelegentlich des 10jähr. Bestehens der Beratungsstelle für Geschlechtskranke bei der Landesversicherungsanstalt Berlin wird ein Auszug aus dem Jahresberichte für 1926 veröffentlicht, aus dem die Tätigkeit der auch nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als reine (nicht behandelnde) Beratungsstelle weiterbestehenden Stelle hervorgeht. Die Zahl der frischinfizierten Fälle betrug ungefähr 28% der Zugänge, die frische Syphilis zeigt die niedrigste Zahl seit Bestehen der Beratungsstelle, beim Tripper ist eine Abnahme der Neuinfektionen noch nicht festzustellen. Bei den 6 extragenital syphilitisch Infizierten konnte die Berührung mit kranken Personen nachgewiesen werden. Bei einer großen Zahl Ratsuchender, die befürchteten, geschlechtskrank zu sein, konnte kein Befund oder nur der Befund einer nichtvenerischen Erkrankung der Geschlechtsteile erhoben werden. E. Levin-Berlin.

Die persönliche Verhütung venerischer Krankheiten nach zweijähriger Erfahrung am Prophylaktorium zu Odessa, von Faingold und Kalsada. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut Odessa, 1927, Bd. 1, S. 121.) Das Prophylaktorium zu Odessa wurde in der Zeit von Februar 1925 bis Februar 1927 von 2850 Personen (darunter 50 Frauen) aufgesucht. In 9 Fällen wurde die Infektion nicht verhütet. A. Jordan-Moskau.

Das Geschlechtsleben der männlichen Jugend Odessas und seiner Umgebung, von Mortorow und Kasalda. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut Odessa, 1927, Bd. 1, S. 138.) Unter 3977 Männern im Alter von 22 und 23 Jahren erwiesen sich laut Umfrage als Syphilitiker 10,93%, als tripperkrank 11,63% und behaftet mit Ulc. molle 1,04%. A. Jordan-Moskau.

Das Geschlechtsleben der Zöglinge von Militärschulen, von Unikel. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut Odessa, 1927, Bd. 1, S. 148.) Eine anonyme Umfrage ergab, daß 91,6% geschlechtlich leben und 13,5% geschlechtskrank sind (Syphilis 1,9%, Tripper 9,4%, weicher Schanker 2,2%).
A. Jordan-Moskau.

Die Methodologie der Geschlechtskrankenstatistik, von W. Hanauer-Frankfurt a. M. (Mschr. f. Harnkrkh. u. Sex.-Hyg., Jan. 1928.) Verf. weist auf die vielen bekannten Schwierigkeiten hin, die sich der zahlenmäßigen Erfassung aller Geschlechtskranken entgegenstellen. Dann bespricht er die Mängel der bisherigen Statistiken (ungenügende Beantwortung der Fragen seitens der Ärzte, Zählungen, die sich über zu kurze Zeiträume erstrecken, sog. Stichtage usw.). Auch das an und für sich geeignete Material der Krankenkassen ist wegen der ungenauen Dia-

Digitized by Google

gnosen (Fluor, Hautleiden usw.) nicht immer zu verwerten. Dann wendet er sich zur Besprechung der großen Bedeutung einer einwandfreien Statistik. Nicht nur die Zu- und Abnahme der Krankheiten, nicht nur Verbreitung und Verbreitungsart würde daraus zu entnehmen sein. Vor allem würde sie die Richtigkeit oder Unrichtigkeit unserer Bekämpfungsmaßnahmen erkennen lassen. Dazu gebraucht man eine fortlaufende Statistik mit umfassenden Erhebungen. Dieses sind die Gründe, die den Verf. veranlassen, die allgemeine anonyme Meldepflicht, wie sie sich in den nordischen Ländern eingebürgert hat, auch für Deutschland zu fordern. Das läßt sich ohne intensive Mitarbeit der Ärzte nicht machen. A. de Lemos-Hamburg.

Das Ergebnis der Reichszählung der Geschlechtskranken 1927 in Nürnberg unter Berücksichtigung der Statistik der Jahre 1921—1924, von L. Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1928, Nr. 25, S. 1078.) Die Stadt Nürnberg hat Zählungen der Geschlechtskranken wie die Reichszählung im Jahre 1927 von 1921—1924 regelmäßig unternommen. Die frischen Erkrankungen sind 1927 etwa ebenso zahlreich wie 1922, dagegen hat sich das Verhältnis Lues zum Tripper stark verschoben. 1921 1:2, 1922 1:4, 1927 1:6,5. Setzt man die Zahl der frischen Erkrankungen in Verhältnis zu der Zahl der Bevölkerung, so zeigt sich ein starker Rückgang der Krankheiten. 1921 kam jährlich auf je 100 Einwohner Nürnbergs eine frische Erkrankung, nach der Zählung von 1927 auf 100 Einwohner nur 0,7 Krankheiten. Bezüglich des Lebensalters liegen beim Manne die meisten frischen Erkrankungen in den Jahren 20—25, bei den Frauen schon im Alter von 15—20 Jahren. Bis zum 30. Jahr überwiegt die Zahl der ledigen Kranken die der verheirateten bei den Männern, bei den Frauen erkranken bis zum 25. Jahr mehr ledige, dann überwiegen die verheirateten Kranken. A. de Lemos-Hamburg.

Beitrag zur Statistik der venerischen Krankheiten, von H. Schiwy, Univ.-Hautkl. Breslau. (Mitt. D. Ges. z. Bekämpfg. d. Geschlechtskrkh., 1928, Bd. 26, Nr. 5, S. 49.) Untersucht wurde das Gesamtmaterial — nach Geschlechtern getrennt — aus den Jahren 1910 (1. Salvarsanjahr), 1913 (letztes Vorkriegsjahr) und 1919—1926. Die Kurve der venerischen Krankheiten bei den Frauen steigt von 1910—1919 um 50%, seither fällt sie bis 1924, 1925 leichter Anstieg, 1926 wieder geringe Abnahme. Lueszahl 1926 absolut geringer als 1910, Tripper ebenfalls (aber mit geringerer Differenz). Ulcus molle fällt von 1910 zur Nullzahl. Bei den Frauen steigt Lues von 1910—1919 um 113,9%. Der Verlauf der Kurven ist ähnlich, Lues und Blennorrhoe sind jedoch 1926 häufiger als 1910. Leichter Anstieg der Lues congenita. — Die Frequenz der frischen Syphilis ist stark zurückgegangen, bei den Männern mehr als bei den Frauen. Die relative Frequenz der latenten Lues ist bei den Männern in den letzten Jahren sehr gestiegen, während sie von 1913—1919 abfiel. Blennorrhoekurve 1913 besonders hoch, 1919—23 gleichbleibend, von da an sinkend, 1925 bis 1926 etwas steigend; der Abfall ist viel unbedeutender als bei der frischen Lues. Auf die Schwierigkeiten der statistischen Auswertung klinischen Materials wird ausdrücklich hingewiesen. Als beachtenswert wird jedoch hervorgehoben: 1. Die absolute und relative Abnahme der venerischen Krankheiten von 1910—1926. 2. Die Abnahme der frühen Luesinfektionen in gleichem Sinne (bei Männern stärker als bei Frauen). 3. Die davon außerordentlich verschiedene Bewegung der latenten Lues. 4. Die von der Lues ganz abweichende Kurve der Gonokokkeninfektionen, deren Zahlen 1926 gegen 1910—1913 teils vermehrt, teils vermindert, gegen 1919 vermindert (aber nicht in gleichem Maße wie bei der Lues) sind. Worauf diese Differenzen zurückzuführen sind, unterliegt bekanntlich der Diskussion.
M. Gumpert-Berlin.

Die Geschlechts- und Hautkrankheiten nach den Daten des Odessaer Instituts für die Zeit von 1917—1926, von Mgebrow und Choroschin. (Arbeiten des Odessaer Dermato-Venerolog. Instituts Odessa, 1927, Bd. 1.) Unter den venerischen Kranken, welche sich zum erstenmal an das Institut wandten, litten an Syphilis 58,9%, an Tripper 33,8% und an Ulcus molle 7,3%. Die Angabe der Fälle von aktiver Syphilis ist entschieden in den letzten Jahren zurückgegangen, aber dagegen hat sich die Zahl der latenten Syphilitiker gehoben. Unter den Fällen von kongenitaler Syphilis überwiegen die latenten (53,8%) über diejenigen von aktiver Syphilis (46,2%). Von den Männern mit Tripper waren 72,2% akute Fälle.
A. Jordan-Moskau.

Venerische Krankheiten unter jugendlichen Verbrechern, von G. Lewin. (Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerolog. Institut, 1927, Bd. 1, S. 113.)

Digitized by Google

Unter 204 minderjährigen Verbrechern (180 Knaben und 24 Mädchen) fand Verf. 28 Geschlechtskranke, darunter hatten Syphilis 7 und Tripper 21.

A. Jordan-Moskau.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitis artificialis

Chrome Ulcers: Report of Twelve Cases (Bericht über 12 Fälle von Chromulzera), von J. Blair. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 90, Nr. 24, S. 1927.) Verf. berichtet über 12 Fälle von Chromulzerationen bei Arbeitern, die bei der Chromplattierung von Automobilteilen beschäftigt waren. Vier dieser Arbeiter erkrankten infolge Inhalation von Chromsäurepartikeln an den Nasenschleimhäuten, die übrigen, die die fertig plattierten Teile zu transportieren haben, an Händen und Füßen. Die Nägel und Teile der Haut waren braungelb verfärbt, die sehr schmerzhaften und tiefen Ulzerationen bildeten sich nur an Riß-, Schnittstellen usw. Prophylaktisch sind gute Ventilationsanlagen und Tragen von Gummihandschuhen erforderlich. Zur Neutralisierung der Chromsäure auf der Haut ist 5%ige Lösung von Natr. hyposulf. geeignet.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Sur les éruptions dues à la laque japonaise (Über die durch japanischen Lack hervorgerufenen Erscheinungen), von Jeanselme, Balthazard und Darier. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 23, S. 598—601.) Die Erscheinungen haben keinen spezifischen Charakter, durch den sie sich von aus anderen Ursachen entstandenen unterscheiden. Durch geeignete Schutzmaßnahmen sind sie zu vermeiden. Besondere gesetzliche Maßnahmen erübrigen sich. E. Levin-Berlin.

Über gewerbliche Thalliumvergiftungen, von A. Buschke, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 27, S. 1042—1044.) Bei der gewerblichen Verarbeitung des Thalliums sind, wie aus einer auf Veranlassung des Verf. vom Preuß. Wohlfahrtsministerium veranstalteten Rundfrage hervorgeht, schwere Vergiftungen beobachtet worden. Neben Haarausfall, Gliederschmerzen, Albuminurie, Lymphozytose und Eosinophilie trat in einem Falle im Anschluß an eine retrobulbäre Neuritis eine fortschreitende Optikusatrophie auf. Die Betriebe, um die es sich handelt, beschäftigen sich mit der Gewinnung von Thallium aus Schwefelkies- und Bleirückständen und der Verarbeitung des Thalliums zu Thalliumsalzen, zur Fabrikation optisch wichtiger Gläser und zu der besonders zur Rattenvertilgung benutzten Zeliopaste. Die mit der Verarbeitung verbundene Gefahr erfordert in den Betrieben starke Absaugung. Die therapeutische Verwendung zur Epilierung bei Kindern muß weiter als ungefährlich bezeichnet werden, wenn die Dosierung eine einwandfreie ist und die mehrfach geschilderten Vorsichtsmaßregeln innegehalten werden. Schwächliche, nierenkranke, sehr anämische, an akuten Erkrankungen leidende Kinder sind auszuschließen. Wenn auch bisher bei der akuten Therapie Augenschädigungen nicht beobachtet worden sind, empfiehlt es sich doch, Kinder mit Augenleiden der Thalliumbehandlung nicht zu unterwerfen. E. Levin-Berlin.

Pollen Allergy. Skin Reactions of Patient before and after Treatment, with Spring (Grass) Pollens (Pollenallergie. Hautreaktionen des Patienten vor und nach der Behandlung mit Pollenextrakten), von R. W. Samson und H. Miller-Los Angeles, Kalif. (Am. J. m. sc., 1928, Bd. 175, Nr. 6, S. 791—799.) Bei Patienten mit Heufieber und Asthma wurden die Hautreaktionen gegen Pollenextrakte vor und nach der Behandlung mit Polleneinspritzungen verglichen. Es trat dabei völliges Schwinden der Reaktionen für einige Wochen auf, das durch längere Behandlung weiter ausgedehnt werden kann. Am vorteilhaftesten erscheint jährliche Wiederholung der Behandlung. Die für die Desensibilisierung eines Patienten erforderlichen Einspritzungen sind individuell verschieden; es empfiehlt sich nach einer gewissen Mindestzahl (15) durch Prüfung der Hautreaktion festzustellen, ob noch weitere erforderlich sind.

E. Levin-Berlin.

Pollen Allergy. IV. With Special Reference to Skin Reactions before and after Treatment with Fall Pollens (Pollenallergie. IV. Mit besonderer Berücksichtigung der Hautreaktionen vor und nach der Behandlung mit Fall-Pollen), von R. W. Samson, G. Piness und H. Miller-Los Angeles, Kalif. (Am. J. m. sc., 1928, Bd. 175, Nr. 6, S. 799—807.) In den meisten Fällen wurde durch Pollenbehandlung eine Desensibilisierung der Haut erzielt, die für Wochen, auch Monate und Jahre, anhielt, oft aber 4 Wochen nach Beendigung der Behandlung wieder schwand. Die Hautreaktionen sind spezifisch, was sich auch in der Desensibilisierung gegen eine bestimmte Pollenart, nicht gegen mehrere, zeigt. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Die Esophylaxie der Haut unter dem Gesichtspunkt der neuen Lichtforschung, von **A. Memmesheimer**-Bonn. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 1.) Unter Esophylaxie versteht Hoffmann Schutzfunktionen des Hautorganes gegen innere und äußere Schädigungen. Diese Schutzfunktionen werden von allen in der Haut liegenden Zellen und Zellverbänden, wie vom Epithel, den Gefäßen, den Nerven ausgeübt, besonders wenn diese in erhöhter Tätigkeit sind. Lichtreize wirken, wenn sie nicht das Gewebe zerstören, esophylaktisch auf die Haut. Es werden Stoffe ausgeschwemmt, die dem Körper zum Schutze dienen (Protoplasmaaktivierung). Man spricht deshalb von einer „inneren Sekretion" der Epidermis. Auch die Pigmentbildung, die hauptsächlich in den Basalzellen stattfindet, hat esophylaktische Bedeutung. Biologische Untersuchungen nach Bestrahlungen ergaben Veränderungen im Immunkörpergehalt des Blutes. Erhöht werden bis zur optimalen Bestrahlung: der Agglutinintiter, der Hämolysintiter, die Präzipitinbildung, der Komplementgehalt und die bakterizide Kraft des Serums. Bei zu intensiver Bestrahlung tritt dagegen eine Erniedrigung z. B. des Komplementgehaltes ein. Eine andere Erscheinung der Esophylaxie ist die Sensibilisierung und Desensibilisierung der Haut gegen gleichartige Bestrahlungen. Endlich gehört hierher die durch Bestrahlung ausgelöste Bildung von Vitaminen. E. Kottmaier-Mainz.

Im Blut kreisende Substanzen als Grundlage für Lichtdermatosen, von **W. Lipschitz**, Pharm. Univ.-Inst. Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 9.) Es steht fest, daß alle fluoreszierenden Porphyrine photodynamisch wirken, die Eigenschaft aber verlieren, sobald Eisen zugeführt wird. Daraus erhellt, daß weder Hämoglobin, noch Hämatin als Lichtkatalysatoren in Frage kommen. Es ergibt sich aber andererseits, daß nach der Wirkungsstärke sich die verschiedenen Porphyrine verschieden ordnen, je nachdem das eine oder andere Testobjekt gewählt wird. So ist das Fäulnisporphyrin ein noch stärkerer Sensibilisator als das Hämatoporphyrin und jedenfalls dem Uro- und Koproporphyrin überlegen. Bei Entstehung der Lichtkrankheit ist die Bindung des Sensibilisators an die Zelle von großer Bedeutung, denn die bloße Gegenwart von Porphyrinen führt noch nicht zur Lichtkrankheit. Es kann z. B. der Farbstoff durch Vorgänge in den Geweben zur farblosen, sog. Leukobase reduziert werden und dadurch seine Eigenschaft als Lichtkatalysator verlieren. Die Lichterkrankung zeigt sich naturgemäß zuerst an der Haut. Sie tritt als Gefäß- und Nervenwirkung auf. Dabei wirken die Sensibilisatoren oft noch in großer Verdünnung. Man hat eine akute Form, den sog. „Lichtschlag" gesehen, neben einer subakuten und chronischen. Beim Lichttod konnte nachgewiesen werden, daß die Ursache toxische, im Blut kreisende Stoffe sind, Reaktionsprodukte der lokal wirkenden Lichtenergie, die das Zentralnervensystem lähmen. Die konstitutionelle Lichtkrankheit erscheint also als Stoffwechselanomalie, bei der Sensibilisatoren von Porphyrincharakter in zeitweilig hochtoxischer Konzentration im Blute kreisen. E. Kottmaier-Mainz.

Ultraviolettdurchlässiges Glas, von C. Dorno-Davos. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 20.) Das kurzwellige Ultraviolett, welches nur einen Bruchteil des ganzen nur etwa 1% der Sonnenintensität betragenden Ultraviolettes ausmacht, wirkt mehr als alle anderen Strahlengattungen auf unsere Oberhaut. Auch wenn man diese ausgeprägt spezifische Strahlung durch ultraviolettdurchlässige Gläser etwas schwächt, ist es immer noch möglich, die pigmentbildende Wirkung auszulösen. Diese Erkenntnis hat zu dem Versuch geführt, die heutigen, für Ultraviolett vollständig undurchlässigen Fenstergläser durch ultraviolettdurchlässige zu ersetzen. Die Versuche ergaben, daß die Wirksamkeit der Wellenlänge 366 nur etwa $^1/_{1000}$ der maximal wirksamen Linie 297 ausmacht, indessen kommt ihr doch durch den außerordentlich schnellen Energieabfall der Sonnenstrahlung im kurzwelligen Ultraviolett bei hoher Sonne die gleiche Wirkung zu, wie Linie 297 bei mittelhoher. Daneben sei bemerkt, daß beim Ersatz des heutigen Fensterglases durch besseres auch andere Strahlen des Sonnenspektrums in Aktion treten, z. B. die sog. aktinischen (violett, blau, blaugrün), die nicht ohne bakterizide Wirkung sind. Noch größere Bedeutung kommt den kurzwelligen ultraroten Strahlen zu, die heute fast ganz abgefiltert werden. Diese dringen in großen Quantitäten in bedeutende Körpertiefe ein und erwärmen dort wohltuend von innen heraus und daher länger vorhaltend, bei relativ kühl bleibender Oberhaut, im Gegensatz zu den künstlichen Öfen, deren langwellige, ultrarote in der obersten Hautschicht steckenbleiben und dort nur einen kurzwährenden Reiz ausüben. Gerade die Wintersonne ist reich an diesen kurzwelligen ultraroten Strahlen. Zur Messung der Durchlässigkeit der Gläser für ultraviolettes Licht

Digitized by Google

hat das Hamburger Lichtforschungsinstitut die photoelektrische Methode angewendet und gefunden, daß die allein auf ultraviolette Strahlen ansprechende Kadmiumzelle in ihrer Empfindlichkeitskurve biologisch der menschlichen Oberhaut entspricht. Der Einwand, daß die Gläser durch mehrjährige Bestrahlung ihre Durchlässigkeit für Ultraviolett verlieren, konnte nicht aufrechterhalten werden. Auch ergaben Wiener Experimente, daß der Niederschlag von Staub und Rauchprodukten auf die Fenster nicht den gefürchteten starken Einfluß auf die Durchlässigkeit hat. Die Erfolge mit dem englischen Vitaglas sind außerordentlich gute. Es ist jetzt schon weitgehend in Krankenhäusern, Kinderheimen usw. eingeführt. E. Kottmaier-Mainz.

Über ein neues helles Schutzglas bei U.V.-Bestrahlungen, von Grober-Jena. (M. m. W., 1928, Nr. 26, S. 1129.) Die gewöhnlichen Schutzbrillen bei U.V.-Bestrahlungen sind zu dunkel und gewähren dem Kranken sowohl wie dem Personal nicht die wünschenswerte Bewegungsfreiheit. Das neue von Zeiß-Jena verfertigte Schutzbrillenglas ist ein Gelbglas, das trotz U.V.-Undurchlässigkeit noch so hell ist, daß jede Einzelheit der Umgebung noch genau erkannt wird. Jede Bindehautreizung fällt weg. Fr. Ortmann-Magdeburg.

Ein praktisches Meßgerät zur Dosierung der ultravioletten Strahlen, von B. Rajewsky-Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 180.) Verf. hat folgendes einfache Gerät zur Messung ultravioletter Strahlen gebaut: Ein Metallgehäuse zylindrischer Form besitzt auf einer Seitenfläche die hochisolierte Durchführung zur Elektrode. Auf der gegenüberliegenden Seitenfläche ist ein auswechselbares Fenster angebracht, welches in eine Rille eingesetzt und durch eine Mutter gehalten wird. Die Mutter dient zugleich als Halter für verschiedene Filter. Zum Fenster nimmt man eine Quarz- oder Uviolscheibe, je nach dem Strahlenbereich, der für die Messungen in Frage kommt. Als Elektrode ist eine Metallplatte parallel zum Fenster angebracht. Die Größe der Kammer kann verschieden variiert werden. Man kann der Kammer ein beliebiges Elektroskop anschließen. Die Hauptwirkung beruht auf der Ionisation, die durch die von der Elektrode ausgelösten Photoelektronen erzeugt wird. Außerdem wird die Luft in der Kammer auch direkt, wenn auch in geringerem Maße, von den ultravioletten Strahlen ionisiert. CO_2 und NH_3 treten an erster Stelle dabei auf, bei kürzeren Wellenlängen auch Sauerstoff und Sticktoff. Das Instrument gestattet, die Messung der Strahlenintensität und der vollen, verbrauchten Dosen an der Applikationsstelle selbst auszuführen. Die Empfindlichkeit des Instrumentes kann leicht der Empfindlichkeit der Haut angepaßt werden. Verf. zeigt zum Schluß an Kurven, wie in der Kammer der Erythem- und bakterizide Wirkung der U.V.-Strahlung gemessen werden kann. E. Kottmaier-Mainz.

Un procédé d'actinothérapie rationnelle (Ein rationelles Verfahren der Lichtbehandlung), von J. Saidman. (Presse méd., 1928, Nr. 34, S. 534.) Die ungleiche Wirkung gleicher Ultraviolettdosen bei verschiedenen Individuen vermag unter Umständen eine Resistenz hervorzurufen, indem man die Behandlung mit kleinen Dosen beginnt, so z. B. bei der Psoriasis. Erwirkt man gleich zu Anfang Erytheme dritten Grades, so hat man meist Erfolg, während die Psoriasis unter schwachen Ultraviolettdosen nicht selten refraktär wird. Man kennt dies Verhalten aus den Erfahrungen mit Röntgen- und Radiumstrahlen. Auf der anderen Seite erwächst daraus die Gefahr eines zu exzessiven Vorgehens. Verf. hat deshalb ein Maßinstrument konstruiert, welches gestattet, die unterschwelligen Reaktionen von der Erythembildung zu unterscheiden. Der Apparat besteht aus einer Platte mit verschiedenförmigen Löchern, welche im Laufe von 18 Minuten durch eine solide andere Platte vermittels eines Uhrwerkes überdeckt werden. So ist es leicht möglich, die Reaktionen der Lichteinwirkung von 1—18 Min. zu prüfen und die für die jeweilige Erkrankung günstigste Bestrahlungszeit zu wählen. E. Kottmaier-Mainz.

La technique des applications et les indications thérapeutiques des rayons ultra-violets et infra-rouges (Technik der Anwendung und therapeutische Indikationen der ultravioletten und infraroten Strahlen), von Lobligevis. (Progr. méd., 1928, Nr. 22, S. 931—936). Nichts Besonderes. E. Levin-Berlin.

Zur Dosierung der Grenzstrahlen nach R-Einheiten mit dem Eichstandgerät, von G. H. Klövekorn-Aachen. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 190.) Für vergleichbare Versuchsergebnisse bei der Grenzstrahlentherapie ist exakte Dosierung unumgänglich. Sie ist mit dem Eichstandgerät nach Küster unter Verwendung einer Kurzkammer als Zusatzgerät erzielbar. In der Faßkammer würde die Strahlung längs ihres Weges durch die Luft nicht unerheblich geschwächt und in ihrer Zusammen-

Digitized by Google

setzung geändert. Das Kammerfenster besteht aus einer Zellophonfolie von 0,03 mm, welche eine Strahlung von 11 kV um etwa 3%, eine Strahlung von 7 kV um etwa 6,5% schwächt. Die verschiedene Stärke des Lindemannfensters der Röhre bewirkt, daß bei ein und derselben Apparatur trotz gleicher Kilovoltzahl bei verschiedenen Röhren Strahlungen verschiedener Intensität und verschiedenen Härtegrades auftreten. Verf. erzielte bei 10 kV, primär gemessen, und 10 mA eine Strahlenqualität, die bei Durchgang durch 0,02 mm Zellon eine Schwächung von 22% zeigte und ein Erythem nach 72 Stunden erregte. Die verwendete Strahlenmenge betrug etwa 1480 R. Nach derselben Zeit trat bei 1630 R ein Erythem auf, hervorgerufen von einer um 27,5% durch 0,02 mm Zellon geschwächten Strahlung (9 kV primär gemessen und 10 mA). Die erste Strahlenqualität erzielte nach 10 Tagen bei 1330 R, die letztere bei 1530 R ein Erythem. Nach 5—6 Wochen beginnt die Pigmentierung. Sie ist bei scharfumschriebenen Stellen noch nach Monaten sichtbar, weshalb es sich empfiehlt, bei Bestrahlungen im Gesicht in Höhe einer Erythemdosis nicht scharf abzudecken.

E. Kottmaier-Mainz.

Physikalisch-chemische Wirkung der Röntgenstrahlen im Organismus, IV, von G. D. Lieber-Innsbruck. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 139.) Die durch Röntgenbestrahlung hervorgerufene Epilation ist von einer Veränderung des Kalium- und Kalziumgehaltes im Haarbalg begleitet. Auch in der Epidermis, die gleichzeitig abgestoßen wird, lassen sich Verschiebungen der beiden Antagonisten nachweisen. Kurz vor der Regeneration der Oberhaut beginnt die Bewegung wieder rückläufig zu werden. Verf. zeigt in vielen schönen Mikrophotographien die steigende Kaliumverarmung und Kalziumzunahme und wie sich der Zustand mit der beginnenden Hautregeneration wieder zugunsten des Kaliums verschiebt. E. Kottmaier-Mainz.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den Ablauf von Entzündungen im Vergleich mit anderen physikalischen Methoden, von R. Motojima, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Berlin. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 30.) Verf. hat in außerordentlich zahlreichen Tierexperimenten den günstigen Einfluß der Röntgenstrahlen auf Entzündungen nachweisen können. Die Wirkung der Strahlen zeigte sich vornehmlich in einem Schwinden des entzündlichen Infiltrates um die Reizstelle. Dabei konnte eine gewisse Dosenbreite festgestellt werden, die nach Art des Individuums und des örtlichen Zustandes verschieden ist. Neben der lokalen Wirkung haben die Strahlen noch eine unspezifische, immunitätssteigernde Allgemeinwirkung, die sich in Gefäßerweiterung, Hyperämie, gesteigerter Lymphbewegung und lokalen Immunitätsvorgängen manifestiert. Starke Dosen begünstigen die Abszeßbiidung. Die Wirkung der Röntgenstrahlen bei Entzündungen ist am ehesten der Wärmewirkung zu vergleichen. Kombinierte Wärme- und Röntgenbehandlung ist bei geeigneter Dosierung wirksamer als Wärme- oder Röntgenbehandlung allein. E. Kottmaier-Mainz.

Zur Frage der Röntgendosiseinheit, von H. Behnken-Berlin-Charlottenburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 192.) Amerikanische Autoren hatten nach Vergleichsmessungen die Behauptung aufgestellt, die deutsche Einheit sei etwa 40% größer als die amerikanische Dosiseinheit. obschon beide in gleicher Weise definiert sind. Verf. konstruierte zwei in allen ihren Teilen identische, umtauschbare besondere Dosismesser, womit nach Kontrolle an deutschen Eichstandgeräten (Bonn, Göttingen, Hamburg) in Cleveland und Cambridge Vergleichsmessungen ausgeführt wurden, welche Höchstabweichungen von 4% ergaben. Vorläufige Vergleiche zwischen der nach Solomon definierten französischen R-Einheit und der deutschen Einheit ergaben: 1 R Solomon = 0,442 R (deutsch) oder 1 R (deutsch) ist 2,26% (Solomon).

E. Kottmaier-Mainz.

Vergleichende Studie von zwei dosimetrischen Röntgeneinheiten — das französische R (Solomon) und das deutsche R (Behnken), von I. Solomon-Paris. (Strahlentherapie, 1928, Bd. 29, H. 1, S. 199.) Verf. setzt sich mit Murdochs und Stahels Resultaten auseinander, welche scheinbar eine Änderung des Verhältnisses in der Anzeige einer in elektrostatischen R-Einheiten geeichten Ionisationskammer des Siemensdosimeters und einer in französischen R-Einheiten geeichten Kammer nach Solomon mit der Wellenlänge der Röntgenstrahlen bewiesen. Auch nach Radiumeichung beider Kammern ändere sich das Verhältnis ihrer Anzeige mit der Wellenlänge der Röntgenstrahlung, so daß die französische R-Einheit nicht als absolute Dosiseinheit angesehen werden könne. Verf. betont demgegenüber erneut die Wichtigkeit des Einflusses des Kammermaterials auf die Ionisation, welches die gleiche effektive Atomnummer haben muß wie die Luft (7,69), um genügend unabhängig von der Wellenlänge zu sein. Wäre

Digitized by Google

solches Kammermaterial verwendet worden, so wären die angegebenen Diskrepanzen nicht aufgetreten und die unrichtigen Schlußfolgerungen vermieden worden.

E. Kottmaier-Mainz.

Bemerkung zu der vorstehenden Mitteilung von Dr. I. Solomon, von H. Behnken-Berlin-Charlottenburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 201.) Verf. führt dem Vorstehenden gegenüber aus, daß die bei den Vergleichsmessungen Murdochs und Stahels verwendete Ionisationskammer tatsächlich härteabhängig war, daß sie jedoch in dieser Hinsicht in der Reichsanstalt für verschiedene Härten geeicht war. So bleibt nur noch die Annahme, daß die Solomon-Kammer fehlerhaft war und eine anormale Abhängigkeit von der Wellenlänge zeigte, welche bei der Eichung mit der einzigen Strahlenqualität des Radiums nicht zutage treten kann. Die Wellenlängenunabhängigkeit des Materials einer Kammer läßt sich nur mit einer Faßkammer oder Druckluftkammer kontrollieren. Bereits geringe Verunreinigungen des Materials, die besonders beim Graphit stets vorhanden sind, üben einen erheblichen Einfluß auf die Wellenlängenunabhängigkeit aus. Diese hat aber auch bei den vollkommensten Kleinkammern nach der langwelligen Seite hin stets ihre Grenzen infolge der unvermeidlichen Absorption der Kammerwand. E. Kottmaier-Mainz.

Principes généraux de roentgenthérapie médicale: roentgenthérapie des affections non cancéreuses (Allgemeine Prinzipien der ärztlichen Röntgenbehandlung nichtkrebsartiger Erkrankungen), von M. Joly. (Progr. méd., 1928, Nr. 24, S. 993—998.) Nach einem Überblick über die physikalischen Grundlagen der Röntgenbehandlung und die an verschiedenen Organen, z. B. Hoden, Ovarien, Blut, sich zeigende selektive Wirkung der Strahlen wird die therapeutische Anwendung besprochen. Erwähnt werden auf dermatologischem Gebiete Ekzem, Lichen planus (örtliche und Rückenmarksbestrahlung), Psoriasis (vorübergehende Erfolge, vielleicht zu verbessern durch Bestrahlungen von Hypophysis, Thymus, Rückenmark, Milz), Akne (Reizdosen), Warzen, Mycosis fungoides, Sykosis, Trichophytie. E. Levin-Berlin.

Zur Strahlenbehandlung des Zungensarkoms, von A. Simons, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Charité Berlin. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 1, S. 122.) Sarkome der Zunge sind verhältnismäßig selten. Meist finden sich Rundzellen- und Spindelzellensarkome, aber auch Lymphosarkome, Fibrosarkome, Angiosarkome und Myosarkome wurden beobachtet. Die Tumoren haben ihren Sitz meist im hinteren Zungenabschnitt. Sie treten gestielt und interstitiell auf. Bisher war die Operation der Zungenkarzinome die Methode der Wahl; die Angabe von Dauerheilungen unterliegt aber großen Schwankungen. Für die Lichtbehandlung besitzen wir bisher nur spärliche Berichte. Verf. referiert einen Fall von Zungenkarzinom, der durch ausschließliche Strahlenbehandlung geheilt wurde und seit mehr als 6 Jahren rezidivfrei in Beobachtung geblieben ist. Er wurde kombiniert mit Röntgen und Radium behandelt. Im Juni 1921 erhielt Patient durch drei Einfallspforten (rechte Unterkiefer-Halsgegend, linke Unterkiefer-Halsgegend, Nacken) je eine HED unter 0,5 Cu- bzw. Zn-Filter. Gleichzeitig wurde auf die Tumorgegend eine Messingkapsel von 1,5 mm Wandstärke mit 31 mg Radiumbromid an vier aufeinanderfolgenden Tagen zu je drei Stunden aufgelegt. Während und nach der Strahlenbehandlung erhielt Patient 5 Gaben eines 15%igen Atoxylpräparates intravenös. Ein halbes Jahr später wurde die Behandlung wiederholt. E. Kottmaier-Mainz.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die 26. Versammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten findet am 12. und 13. Oktober in Nürnberg statt.

Die 8. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie findet vom 26. bis 29. September unter dem Vorsitz von A. v. Lichtenberg in Berlin statt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

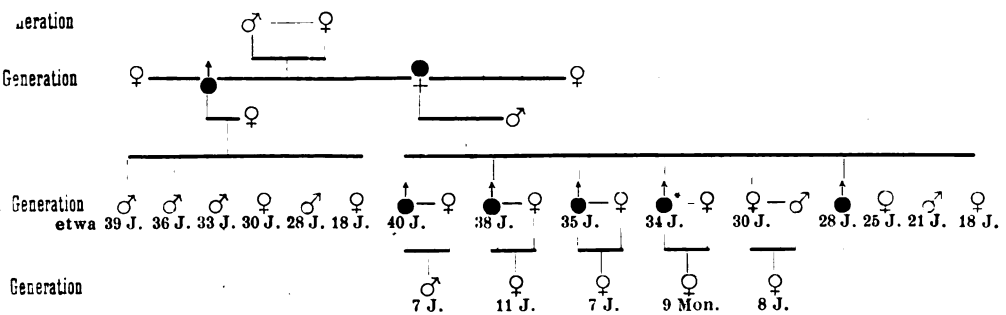
Nr. 40 (Bd. 87) 6. Oktober 1928

Erblichkeit der multiplen Lipome

Von

San.-Rat Dr. Leven in Elberfeld

Ein Fall von multiplen Lipomen, den ich jüngst zu Gesicht bekam, gibt mir Anlaß, auf die erbliche Grundlage dieser Affektion unter Beifügung einer Sippschaftstafel kurz einzusehen. Die Tumoren — 13 an der Zahl — fanden sich bei dem 34jährigen Manne an den Extremitäten, Rücken und Bauch und waren kirschkern- bis taubeneigroß. Makroskopisch nichts Besonderes, die mikroskopische Untersuchung eines der Tumoren bestätigte die klinische Diagnose: er erwies sich als Lipom mit reichlicher Gefäßbildung (Prosektor Dr. Funccius).



● = befallen. ○ = frei. * Proband.

Es ist nicht viel bekannt über die Erblichkeitsverhältnisse der multiplen Lipome. Das mag damit zusammenhängen, daß die Geschwülste bei der Geburt noch nicht in die Erscheinung treten, sondern sich gewöhnlich erst im dritten Jahrzehnt des Lebens zu zeigen pflegen. In derartigen Fällen wird dann eben nicht so leicht an Erblichkeit gedacht, wie wenn ein Merkmal gleich bei der Geburt zutage tritt, obwohl natürlich „angeboren" nicht mit „erblich" identisch ist und weder etwas Angeborenes erblich, noch etwas Erbliches angeboren, d. h. sofort bei der Geburt phänotypisch wahrnehmbar zu sein braucht. Zwar sind in der Literatur einige Fälle erwähnt, so von Esquier — ref. im Zbl. f. Hautkrkh. 23, 791 —, Cannon — ref. ebenda 25, 454/55 — und von Bonnefous und Valdiguié — ref. ebenda 14, 174 —, aber die Ausbeute ist, wenigstens in den mir zur Verfügung stehenden Referaten, gering. Bei

Digitized by Google

ESQUIERS Patienten soll der Vater die Affektion gehabt haben, bei CANNON waren ca. 80 symmetrisch verteilte Tumoren vorhanden, und der Vater hatte ähnliche Geschwülste; beide Male handelte es sich also um männliche Individuen. BONNEFOUS und VALDIGUIÉ fanden in 2 Fällen von familiärer multipler Lipomatose sowie in zwei weiteren von multiplen Lipomen eine mehr oder minder vermehrte Hypercholesterinämie; es wäre nachzuprüfen, ob sich eine solche des öfteren mit Lipomen vergesellschaftet findet und ob auch dabei Erblichkeit festzustellen ist.

Wie aus der Tafel ersichtlich, findet sich die Erkrankung bei der Mutter, einem Onkel mütterlicherseits sowie bei 4 Brüdern des Probanden. Die Affektion ist bei meinem Patienten etwa mit 24 Jahren aufgetreten, und auch bei seinen von dem Leiden befallenen Brüdern ist sie im dritten Jahrzehnt ihres Lebens zum Vorschein gekommen. Die über 28 Jahre alten Geschwister sind mit Ausnahme einer 30 Jahre alten Schwester sämtlich befallen, die jüngeren sind frei. Es erscheint auffallend, daß es sich bei den erkrankten Personen außer der Mutter des Probanden nur um Männer handelt, und wenn auch in Betracht zu ziehen ist, daß von den 3 Schwestern zwei noch zu den jüngeren Familienmitgliedern gehören — 25 bzw. 18 Jahre —, so läßt doch der Umstand, daß einerseits von den 9 Kindern der Mutter meines Patienten 5 Söhne behaftet sind, andererseits von den 6 Kindern des Onkels keines die Erkrankung aufweist, zunächst an geschlechtsgebunden-rezessiven Erbgang denken: in diesem Falle müßte die Mutter in bezug auf das vererbte Merkmal homozygot sein. Die Formeln wären folgende: $X, X, \times XY = X, X + X, Y + X, X + X, Y$, d. h. bei Homozygotie der Mutter sind die Söhne, bei denen der krankmachende Faktor X von keinem gesunden Faktor überdeckt wird — der Y-Faktor ist unwirksam — manifest krank, die Töchter, bei denen X, von dem gesunden Paarling X überdeckt wird, zwar genotypisch infiziert, aber äußerlich gesund. $X, Y \times XX = X, X + X, X + YX + YX$, d. h. die Töchter genotypisch infiziert, äußerlich gesund, die Söhne völlig frei. (Der Strich unten bedeutet Rezessivität des Merkmals.)

Gegen geschlechtsgebunden-rezessiven Erbgang spricht aber das Freisein des Vaters in der I. Generation. Denn da die Mutter meines Patienten — II. Generation — homozygot sein müßte, müßte ihr Vater, der etwa 60 Jahre alt geworden ist, also das gewöhnliche Manifestationsalter der Lipome weit überschritten hat, das Leiden manifest gezeigt haben; zudem müßte dasselbe bei seiner Frau noch erbanlagenmäßig überdeckt vorhanden gewesen sein.

Gegen eine geschlechtsgebunden-rezessive Vererbung der multiplen Lipome sprechen ferner die oben erwähnten Fälle von ESQUIER und CANNON, in denen je Vater und Sohn die Erkrankung aufweisen, wenn man nicht die unwahrscheinliche Annahme machen will, daß in diesen Fällen die Mutter die Anlage überdeckt beherbergt habe und die Vererbung auf die Söhne nicht vom Vater her, sondern von ihr aus erfolgt sei. Zur Erläuterung sei nur kurz bemerkt, daß die Söhne ihr X-Chromosom stets von der Mutter bekommen und geschlechtsgebundene Merkmale bzw. Krankheiten nie vom Vater auf sie übergehen können. Bei rezessiver Vererbung müßten die beiden Eltern der I. Generation das

Digitized by Google

Leiden heterozygot getragen haben, und auch der Vater meines Patienten — II. Generation — müßte heterozygot-rezessiv gewesen sein; bei rezessiver Vererbung mit Geschlechtsbegrenzung wäre vorauszusetzen, daß nur ein Geschlecht, hier das männliche, unter den Personen, welche homozygote Träger der Erbanlage sind, auch manifest erkrankt.

Weiterhin kommt dann die dominante Vererbung, mit Rücksicht auf die überwiegende Zahl von Befallenen eines Geschlechts mit Geschlechtsbegrenzung, in Betracht; die Geschlechtsbegrenzung könnte angesichts der kranken Mutter keine totale, sondern nur eine unvollständige sein und die Dominanz eine unregelmäßige wegen des Freiseins beider Eltern der I. Generation. Die Geschlechtsbegrenzung besteht darin, daß ein nicht an die Geschlechtschromosomen gebundener Faktor in seiner Auswirkung durch das eine oder das andere Geschlecht beeinflußt und die Manifestation einer solchen Erbanlage durch das betreffende Geschlecht erschwert oder gar unmöglich gemacht wird (letzteres z. B. bei der Hypospadie). Berücksichtigt man noch die Möglichkeit eines Dominanzwechsels nach dem Geschlecht, worunter man die Erscheinung versteht, daß Erbanlagen in dem einen Geschlecht sich nur bei Homozygotie äußern können, in dem andern auch bei Heterozygotie, daß sie also sich im ersteren rezessiv, im letzteren dominant verhalten, so müßte man in meinem Falle das Auftreten im männlichen Geschlecht schon bei Heterozygotie, im weiblichen nur bei Homozygotie annehmen.

Für die beiden letztgenannten Modi, dominante Vererbung in Verbindung mit Geschlechtsbegrenzung sowohl wie für die Annahme eines Dominanzwechsels nach dem Geschlecht, ist es freilich auffallend, daß keines der Kinder des Onkels, insbesondere auch keiner der Söhne, mit dem Leiden behaftet ist, sowie daß die Eltern der I. Generation frei sind; die Dominanz müßte demgemäß, wie schon oben kurz erwähnt, eine unregelmäßige sein.

Es ergeben sich also für jeden der erwähnten Erbmodi Schwierigkeiten; wenn man die verschiedenen Möglichkeiten abwägt, kommt wohl Dominanz mit Geschlechtsbegrenzung für das männliche Geschlecht noch am ehesten in Frage. Zur Klärung des Erbganges bei den multiplen Lipomen bedarf es aber weiteren Materials, bei dessen erbbiologischer Analyse angesichts des Überwiegens der männlichen Kranken in der von mir beschriebenen Familie sowie auch mit Rücksicht auf die Fälle von ESQUIER und CANNON besonders darauf zu achten ist, ob sich Anhaltspunkte für eine Rolle des Geschlechts in Form der Geschlechtsbegrenzung, des Dominanzwechsels nach dem Geschlecht oder der geschlechtsgebundenen Vererbung ergeben.

Digitized by Google

Aus der dermatologisch-venerischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Chemnitz, Zschopauerstraße (Leitender Arzt: Prof. Dr. FRÜHWALD)

Ein Fall von Schizosaccharomykose

Von

Dr. TIBOR BENEDEK und Prof. Dr. RICHARD FRÜHWALD

Mit 6 Abbildungen im Text

A. Klinischer Teil

Von Prof. FRÜHWALD

In einer vorläufigen Mitteilung hat BENEDEK 1926 über drei Fälle berichtet, bei denen er zum ersten Male in der menschlichen Pathologie eine Spalthefe nachwies, die er als Krankheitserreger ansprach. Die Beobachtungen betrafen eine Erosio interdigitalis blastomycetica, eine Intertrigo der Achseln und des Genitales sowie eine schuppende Dermatose der Achseln und des Genitales mit einer Sykosis. Er nannte die Krankheit Schizosaccharomykose.

Auf der Naturforscherversammlung 1926 berichtete er bereits über acht Fälle, bei denen er nicht nur die Spalthefe kulturell nachweisen konnte, sondern auch allergische Erscheinungen und Antikörper durch Komplementfixation und Agglutination feststellte. Klinisch waren die Fälle wenig charakteristisch; sie ahmten andere Dermatosen, wie Intertrigo, Dyshidrose, Trichophytie, Sycosis parasitaria, ekzematiforme Veränderungen nach. Bis zum mitteldeutschen Dermatologenkongreß 1926 kam noch ein Fall hinzu.

Beim Bonner Dermatologenkongreß hat BENEDEK dann auf Grund eines größeren Materiales die klinische Abgrenzung der Schizosaccharomykose vorgenommen. Nach den bisherigen Befunden zählt er dazu einen Teil der erythemato-squamösen Dermatosen, nämlich das Eczema seborrhoicum von UNNA, die Séborrhéides von BROCQ, AUDRY, HALLOPEAU, die Eczématides von DARIER, die Pityriasis von SABOURAUD.

Im Zbl. f. Bakt. hat er die mikroskopischen, kulturellen und biochemischen Eigenschaften des Schizosaccharomyzes ausführlich erläutert. Der Pilz wächst am besten auf einem von BENEDEK angegebenen 8%igen Glukose-Pepton-Agar bei 27° C, wo er nach 24 Stunden grauweiße, scharf begrenzte, glänzende, prall vorgewölbte Kolonien bildet. In zwei weiteren Arbeiten hat BENEDEK die Schizosaccharomykose in Beziehung zur Sycosis simplex und zur Pityriasis rosea gebracht. Diese Arbeiten sollen hier außerhalb der Erörterungen bleiben.

In der Literatur ist kein weiterer Fall von Schizosaccharomykose bekannt geworden. Es erschien mir daher interessant und wichtig, über einen hierhergehörigen Fall zu berichten.

Max K., 26jähr. Arbeiter, kam am 13. IV. 1926 das erstemal in meine Behandlung. Er gab an, seit dem Sommer 1925 an Bartflechte zu leiden, die er sich beim Friseur durch Rasieren zugezogen haben will. Er wurde mit Jodpinselungen und Salben behandelt, und da dies nicht half, von dem behandelnden Arzte mir zugeschickt.

Digitized by Google

Er bot das typische Bild der Sycosis simplex, perifollikuläre Pusteln auf der bebarteten Haut, stellenweise Rötung und Krustenbildung. Er wurde in vierstelliger Totalbestrahlung des Gesichts mit je $^6/_{10}$ HED (120 Kv, 1 Al-Filter) bestrahlt. Dann kam er nicht mehr zur Beobachtung.

Am 21. III. 1927 wurde er im Krankenhause aufgenommen. Er gab an, daß er nicht weiter behandelt worden sei.

Status praesens: Allgemeinbefund normal.

Haut: Unter der Nase und im sonstigen Barte fehlen stellenweise die Haare. Die bebartete Gesichtshaut teilweise gerötet, teilweise mit gelben Krusten bedeckt. An der Austrittsstelle zahlreicher Haare finden sich Eiterpusteln oder nach deren Eintrocknung Rötung mit gelbbrauner Krustenbildung im Zentrum.

Diagnose: Sycosis simplex.

Am 23. III. bekam er in vierstelliger Totalbestrahlung des Gesichts je $^4/_5$ HED (120 Kv, 1 Al-Filter). Gegen die entzündlichen Erscheinungen wurden Umschläge mit essigsaurer Tonerde, gegen die Krusten später Verbände mit Hebrasalbe angewendet.

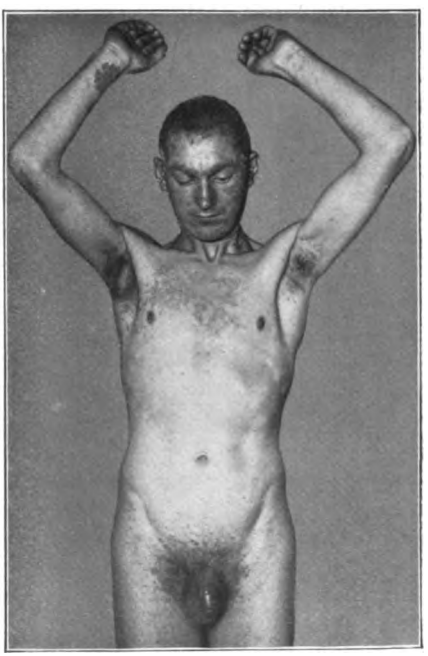


Abb. 1

Am 9. IV. war die Epilation beendet. Es wurden noch zwei Schälungen, erst mit Jodtinktur, dann mit Naphtholschwefelpaste angeschlossen. Am 26. IV. wurde der Kranke geheilt, ohne Haare, ohne Pusteln, ohne Rötung und Krustenbildung im Gesicht entlassen.

Nach einem Vierteljahre, am 28. VII. 1927, kam er wieder mit den Erscheinungen der Sycosis simplex zu mir. Er erhielt in vierstelliger Totalbestrahlung je $^1/_2$ HED (120 Kv, 0,5 Al-Filter). Am 25. VIII. waren die Haare ausgefallen, die obige Bestrahlung wurde wiederholt.

Am 14. IX. war die Haut glatt, keine Pusteln, nur geringe Rötung. Am 29. XI. fand sich an der ganzen erkrankt gewesenen Partie die Haut rot, nässend, krustös, besonders an der linken Wange und am Kinn. Wenige Pusteln. Auch die behaarte Kopfhaut war rot, krustös.

Das Kinn, beide Wangen und der Kopf von oben bekamen je $^1/_2$ HED (120 Kv, ohne Filter). Am 6. XII. war die Gesichtshaut und die Kopfhaut stark gerötet, geschwollen, nässend; es bestanden an den Wangen zahlreiche Pusteln.

Der Hinterkopf wurde mit $^1/_2$ HED (120 Kv, 0,5 Al-Filter) bestrahlt.

Am 16. XII. war der Zustand an den Wangen etwas gebessert. Am Kinn war die Affektion verheilt. Dagegen bestand hinter beiden Ohren starkes Nässen. Auf beide Wangen sowie auf den Kopf von oben wurden je $^1/_2$ HED (120 Kv, ohne Filter) gegeben.

In der Folgezeit trat eine zunehmende Verschlimmerung ein. Der ganze behaarte Kopf und beide Wangen wurden intensiv rot, die Haut geschwollen, nässend, mit dicken Krusten bedeckt. Er wurde antiekzematös mit Hebrasalbe, Umschlägen mit essigsaurer Tonerde, Wilkinson + Hebra behandelt; es trat für kurze Zeit eine Besserung ein, die aber bald wieder einer Verschlimmerung wich. Der Kranke blieb dann wegen einer Grippe aus und kam am 28. I. 1928 wieder ins Krankenhaus. Der Ausschlag hatte inzwischen auf Brust, Rücken, Genitale und Achselhöhlen übergegriffen.

Status praesens: Mittelgroß, kräftig gebaut. Innere Organe o. B.

Lymphdrüsen in der Leiste, besonders links etwas vergrößert.

Haut: Die behaarte Kopfhaut ist intensiv rot verfärbt und mit reichlich gelbgrauen lamellösen Krusten bedeckt. Die starke Rötung setzt sich nach vorn auf die

Digitized by Google

unbehaarten Teile fort, und zwar sind hauptsächlich beide Wangen, besonders links, befallen. Hier finden sich seichte Erosionen und gelbbraune Borken. Dabei ist die Haut überall gespannt, etwas atrophisch glänzend. Die Ohren sind gerötet und geschwollen. Auf der Stirn, am Kinn und in den vorderen Wangenpartien sieht man vereinzelte stecknadelkopf- bis linsengroße, zum Teil zusammenfließende, etwas infiltrierte rote Flecke.

Fast der ganze Rücken bis kurz über dem Gesäß weist mehr oder weniger kontinuierlich eine etwas infiltrierte leicht gerötete, rauhe, an einzelnen Stellen leicht schuppende Haut auf.

Auf dem Sternum ein handtellergroßer mehr gelbrot gefärbter Herd mit rauher Oberfläche und mit vereinzelten kleinsten Knötchen besetzt. Nach rechts zu erstrecken sich die Knötchen fast bis an die Achselfalte in größerer Anzahl, zum Teil zusammenfließend.

Beide Achselhöhlen, rechts mehr als links, zeigen gleichfalls stark gerötete, gegen die Umgebung scharf abgesetzte und nässende Haut.

Mons veneris, Penis und Skrotum hochgradig gerötet und mit gelbbraunen Borken bedeckt, wenn auch weniger stark wie der Kopf. Auch hier ist die Haut gespannt, glänzend, rauh, rissig und nässend.

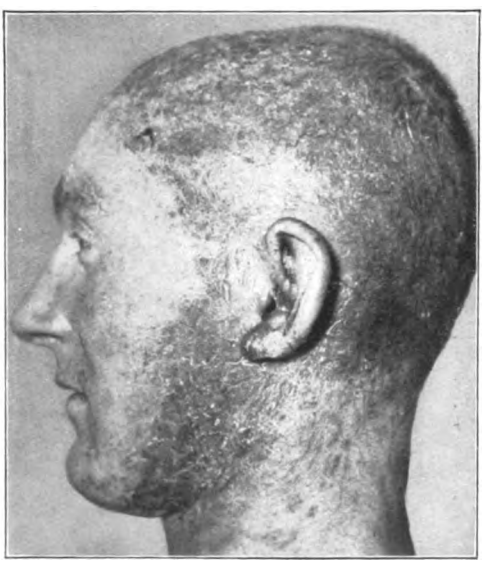


Abb. 2

An den Ellenbogen leichte Verdickung und Rauhigkeit der Haut; dieselben Veränderungen kombiniert mit leichter Schuppung finden sich entlang beider Schienbeine (Abb. 1 und 2).

Die eigenartige Lokalisation der Erkrankung am Genitale und in den Achselhöhlen erinnerte mich an einen beim Bonner Kongreß demonstrierten Fall, den Benedek in der Aussprache als Schizosaccharomykose erklärt hatte. Ich nahm die Möglichkeit an, daß hier dasselbe Leiden vorliege, und schickte den Kranken zu Benedek nach Leipzig, mit der Bitte, auf Schizosaccharomyzes zu untersuchen. Kollege Benedek hat meine Diagnose: Schizosaccharomykose bestätigt. (Näheres darüber im II. Teil.)

Verlauf: Die von Benedek angestellte Intrakutanprobe mit Spalthefenvakzine ($^1/_{100}$, $^1/_{10}$, $^1/_1$, Kontrolle) hatte noch am selben Abend stark positives Ergebnis. Während an der Kontrollstelle nur ein kleines Knötchen sich fand, das nach 3 Tagen verschwunden war, hatten sich an den anderen Stellen deutliche Quaddeln gebildet, die noch am vierten Tage noch sichtbar waren und einen Durchmesser von 0.5 bzw. 0,3 cm hatten.

Nachdem zunächst Umschläge mit Kamillentee gemacht wurden, die Schuppen und Krusten durch Hebrasalbe und 5%ige Salizylvaseline beseitigt worden waren, wurde auf Benedeks Vorschlag Kopf und Gesicht mit 2%iger, der übrige Körper mit 5%iger Zignolinzinkpaste behandelt. Die Salben wurden 3 Tage hintereinander angewendet, dann Zinkpaste, eventuell an stärker gereizten Stellen Umschläge mit essigsaurer Tonerde gegeben. Ein solcher Turnus wurde im ganzen dreimal angewendet. Eine Blepharitis wurde mit Präzipitatsalbe beseitigt.

Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand zusehends; am 13. IV. wurde der Kranke disziplinarisch mit folgendem Befunde entlassen:

Der Kopf zeigt im behaarten Teile noch geringe Schuppung, aber keinerlei Entzündungserscheinungen mehr. Auch die Haut im Gesicht, an den Armen, Beinen und am Genitale ist weich, reizlos, und zeigt im Bezirke der befallenen Stellen geringe rotbräunliche Pigmentierung.

Digitized by Google

Epikrise: Ein Patient kommt wegen einer typischen Sycosis simplex in Behandlung, die unter entsprechender Behandlung abheilt, aber stets wieder rezidiviert. Das ist an sich bei einer Sycosis simplex nichts Besonderes. Etwa 2 Jahre nach Beginn der Erkrankung ändert sich das Krankheitsbild insofern, als die Erscheinungen eines stark nässenden und krustösen Kopfekzems auftreten, die trotz Behandlung sich nicht besserten, sondern sich weiter ausbreiteten. Die Erkrankung befiel dann noch andere Körperstellen, und als der Kranke zur Aufnahme kam, waren die Erscheinungen der Sycosis simplex ganz in den Hintergrund gedrängt, dagegen bot er das typische Bild eines ausgebreiteten Ekzems, das durch seine Lokalisation am Kopfe, am Rücken und Brustbein, durch die Krustenbildung am Kopfe, durch die gelbrote Farbe und die Schuppung an anderen Stellen dem Typus des seborrhoischen Ekzems entsprach. Bei diesem Patienten wurde Schizosaccharomyces hominis gefunden, den für den Erreger der Hauterkrankung zu halten, wir uns für berechtigt halten, wie Benedek näher ausführen wird. Es handelt sich also um eine Schizosaccharomykose.

Es erscheint wichtig, darauf hinzuweisen, daß man bei Hautleiden, die sich gegen die Behandlung refraktär erweisen, an die Möglichkeit einer Schizosaccharomykose denkt, zumal wenn die Erkrankung das Bild einer Sycosis simplex oder eines seborrhoischen Ekzems darbietet. Besonders muß dieser Verdacht entstehen, wenn das Ekzem am Genitale oder in den Achselhöhlen lokalisiert ist.

B. II. Teil. Mykologie. Serumdiagnose

Von T. Benedek

Wie es aus der ausführlichen klinischen Darstellung von Frühwald hervorgeht, handelte es sich in diesem Falle nach dem klinischen Bilde um einen klassischen Fall von „Sycosis simplex".

Mit der größten Freude übernahm ich die mykologische Untersuchung des Falles, und für die Zusendung des Patienten möchte ich Herrn Prof. Frühwald um so mehr danken, da ich in meinem erheblichen Material nur über einen einzigen analogen Fall verfügte. Rein klinisch maß ich zunächst der Frühwaldschen Beobachtung den größten Wert wegen des Umstandes bei, daß der Fall jahrelang von ihm selbst beobachtet und behandelt worden ist.

Meine großen Erwartungen, mit welchen ich an die Untersuchung des Patienten herantrat, waren vollkommen in Erfüllung gegangen, indem ich die mykologischen usw. Befunde, die ich in dem einen von mir beobachteten und publizierten Falle erhoben habe, voll und ganz wieder bestätigen konnte. Ich kann diesem Falle noch eine weitere unerwartete Vertiefung der mykologischen Resultate bei der Spalthefemykose verdanken. Dies war nämlich der erste Fall, in dem es mir gelang, den Schizos. hom. kulturell aus dem strömenden Blute herauszuzüchten. Inter parenthesim sei es hier bemerkt, daß mir seitdem positive Blutkulturen in 21 weiteren Fällen der lokalisierten und generalisierten Spalthefemykose gelungen sind.

Digitized by Google

Immerhin ist es interessant und verdient festgehalten zu werden, daß auch zum zweiten Male ein typischer Fall von „Sycosis simplex" grundlegende Erkenntnisse und Bausteine für die Synthese lieferte, die durch die Entdeckung des Schizos. hom. eingeleitet worden ist.

Am 3. II. 1928 kam der Patient das erstemal zu mir zwecks Untersuchung, nachdem er letztmalig am 23. 1. 1928 in verschlimmertem Zustande auf die Frühwaldsche Abteilung aufgenommen worden ist.

Schon allein das klinische Bild bot eine so große Identität mit meiner ersten Beobachtung, daß ich Frühwalds Annahme, daß es sich in diesem Falle um eine Spalthefemykose handeln dürfte, rein klinisch bestätigt fand. Der Patient blieb einige Tage vor der mykologischen Untersuchung ohne jede Therapie, um das Züchtungsverfahren nicht unnötigerweise zu erschweren.

Zum Verständnis des weiter zu erörternden mykologischen Resultates möchte ich zwei Momente in Frühwalds Darstellung besonders unterstreichen. Erstens, daß der Kopf in toto (behaarte Kopfhaut, Gesichtsschädel, beide Ohren, Hals) in eine einzige Kruste gehüllt war; zweitens, daß die übrigen befallenen Körperpartien (Brust, Rücken, Achselhöhlen, Mons veneris, Penis, Skrotum, beide Schienbeine) lediglich eine hochrote, mit feinen und feinsten trockenen Schuppen bedeckte Fläche darboten, die auf leichtes Schaben ein sehr reichliches Schuppenmaterial lieferte. An diesen Stellen war von den lamellösen Krusten, wie im Bereiche des Kopfes, keine Spur zu sehen.

Das zu verimpfende Schuppenmaterial ist von jeder Lokalisationsstelle getrennt, immer mit frischen, abgeglühten Glasschabern entnommen worden. Vor der Entnahme des Schuppenmaterials ist die Haut — wie ich es immer handhabe — in keiner Weise „desinfiziert" worden.

Vom Kopfe sind die Schuppen in drei Gruppen verimpft worden: 1. behaarte Kopfhaut, 2. Stirn und Wangen, 3. beide Ohren. Ferner kam Schuppenmaterial von folgenden Stellen zur Aussaat: 1. Brust, 2. Rücken, 3. Axillen, 4. Mons veneris, 5. Penis, 6. Skrotum, 7. beide Schienbeine.

Das Material ist sehr reichlich auf meinen 8%igen Glukoseagar-Nährboden verimpft worden, und zwar sind von jeder oben angeführten Lokalisationsstelle je fünf Röhrchen beschickt und bei 27° C bebrütet worden. Nach 48 Stunden habe ich die Spalthefe in 2—3 Röhrchen von fünf in Reinkultur gehabt: von Brust, Rücken, Axillen, Mons veneris, Penis, Skrotum und von den beiden Schienbeinen.

Die behaarte Kopfhaut, Stirn und Wangen sowie die Ohren lieferten — was schon nach dem klinischen Bilde zu erwarten war — Mischkulturen von Spalthefe, spärlichen Staphylokokken und kolossale Mengen von Streptococcus mucosus, der alsbald alles überwucherte. In ähnlichen Fällen gibt es nur eine Möglichkeit, sich von Erregern einer Sekundärinfektion, wie hier dieser durch Streptokokken bedingte Krustenpanzer, zu befreien, das ist, die Krustendecke mit kräftigen keralytischen und antiparasitären Mitteln (1—2%ige Zignolinzinkpaste 1—2mal aufgetragen) zu entfernen. Nach einer solchen leichten Schälkur ist Patient von mir ein zweites Mal auch untersucht worden, worüber noch weiter unten die Rede sein soll.

Digitized by Google

So war es also gelungen, die Spalthefe binnen 48 Stunden aus sämtlichen Lokalisationsstellen an der Hautdecke nachzuweisen.

Bevor ich über die Blutkultur berichten würde, muß ich noch einen Augenblick bei den „Hautkulturen" verweilen.

Die rechte Achselhöhle lieferte ein reichliches Schuppenmaterial, in dem die Spalthefe mit 1—2 Kolonien in drei Röhrchen von fünf wuchs. Nachdem das Schuppenmaterial durch leichtes, vorsichtiges Schaben, ohne irgendwie eine Blutung zu verursachen, in reichlicher Menge gesammelt worden ist, habe ich die oberflächlichen Epidermisschichten mit einem frischen, abgeglühten Glasschaber bis auf das Korium in größerer Ausdehnung abgeschabt, so daß das Blut ziemlich kräftig hervorsickerte. Das erste Blut ist mit einem sterilen Tupfer kräftig abgewischt worden. Nachdem das frische Blut das zweitemal auch reichlich zum Vorschein kam, habe ich das Blut mit steriler Öse auf 8%igen Glukoseagar übertragen. Die Öse kam immer nur mit der Kuppe der Bluttröpfchen in Berührung, so daß weder die Haut, noch die unteren Blutschichten berührt worden sind.

Einen ähnlichen Versuch habe ich schon des öfteren vorgenommen; die derart mit Bluttröpfchen beschickten Kulturröhrchen sind aber stets steril geblieben. Um so größer war meine Überraschung, als ich schon nach 24 Stunden (27° C) feststellen mußte, daß die Oberfläche der drei so mit Bluttröpfchen beschmierten 8%igen Glukoseagarröhrchen mit Reinkulturen von der Spalthefe dicht bewachsen war. Ich verzeichnete zunächst diese höchst interessante Tatsache, ohne irgend welche weitere Gedanken daran anzuknüpfen.

Einstweilen konnte ich zwei Tatsachen feststellen: 1. daß das trockene, feine Schuppenmaterial der rechten Achselhöhle die Spalthefe in Reinkultur lieferte; daran war an sich weiter nichts Besonderes. In diesem Röhrchen kamen dann nach einigen Tagen bei Zimmertemperatur — wie es sehr häufig der Fall ist — andere Hefen, Kokken und verschiedene Schimmel zum Vorschein; 2. daß drei Kulturröhrchen, die nach Entfernung der oberen Epidermislagen mit dem heraussickernden Bluttröpfchen beschickt worden sind, schon in 24 Stunden mit Spalthefe voll bewachsen waren, und nachdem diese Röhrchen tage-, ja wochenlang bei Zimmertemperatur stehengelassen worden sind, gar keine anderen Keime — im Gegensatz zu den Schuppenkulturen — zum Wachstum gebracht haben.

Das ist das Wichtigste, was an diesem kleinen Experiment festgehalten werden muß. Der Einwand, der ja sehr naheliegend wäre, daß nämlich Spalthefesporen trotz aller Vorsicht von der Epidermis ins Bluttröpfchen gelangen konnten und so selbstverständlicherweise auch in den mit Bluttröpfchen beschickten Kulturröhrchen zur Vegetation kommen mußten, ist leicht zu entkräften. Wie es erwähnt worden ist, sind in den Schuppenkulturen nur einige Kolonien von Spalthefe zum Vorschein gekommen; bei Zimmertemperatur wuchsen noch darin hinterher auch andere Keime. In den Bluttröpfchenkulturen wuchsen nur, und zwar in kolossaler Menge, die Spalthefe und keine anderen Keime. Wären dagegen Spalthefesporen erst von der Epidermis in die Bluttröpfchen hineingeraten, so wären sicherlich auch andere Keime darunter gewesen. Andere Keime bzw. ihre Kolonien sind aber in den

Digitized by Google

drei mit Bluttröpfchen beschickten Röhrchen auch nach Wochen absolut nicht zum Vorschein gekommen.

Am selben Tage (3. II. 1928) habe ich bei dem Patienten aus einer Kubitalvene, die beim klinischen Aspekt und auch bei stärkerer Lupenbetrachtung von gesunder Epidermis bedeckt war, Blut entnommen: a) für Serumdiagnose, b) für Anstellung von Blutkulturen.

Die ersten 20 ccm von Blut sind absichtlich für die Serumdiagnose bereitgestellt worden. Während der Entleerung der ersten vollen Spritze ist die Kanüle in der Vene liegengeblieben, und das Blut konnte ungehindert einige Momente abfließen. Jetzt erst ist eine zweite sterile Spritze an die Kanüle angesetzt worden, um weitere Blutmengen für Blutkulturen zu entnehmen. Es sind acht Kölbchen, die Kohlehydrat-Bouillone bzw. -Hefewasser zu etwa 25 ccm enthalten haben, mit je 5 ccm des entnommenen Blutes direkt aus der Spritze beimpft worden. Die Bouillone enthielten in je zwei Kölbchen 5% rohe Glukose Merck, bzw. 5% Saccharose Merck, bzw. 5% Laktose Merck. Je vier Kölbchen (je ein Glukose-, Saccharose-Bouillon bzw. Saccharose-, Laktose-Hefewasser) kamen dann in den Brutschrank bei 27° C, bzw. sind bei Zimmertemperatur bei 16—18° C stehengelassen worden.

Am achten Tage erschien in zwei Kölbchen (je eine Glukose- und Saccharose-Bouillon) bei 27° C, und in einem Kölbchen (Laktose-Hefewasser) bei 16—18° C, eine feine Hefenringbildung und einige zarte Hefeinselchen am Flüssigkeitsniveau — rudimentäre Kahmhautbildung.

Weitere Einzelheiten über Blutkulturen, die weit über den Rahmen dieser Arbeit hinausführen würden, werde ich demnächst als dritte Mitteilung einer Abhandlungsreihe über das Züchtungsverfahren der Spalthefe in dieser Wochenschrift bringen.

Die hohe prinzipielle Bedeutung dieser ersten gelungenen Züchtung der Spalthefe aus dem strömenden Blute verdient ganz besonders hervorgehoben zu werden. (Siehe Abb. 3—6.)

In einem Vortrage auf dem Bonner Kongreß (1927) habe ich die Beweise in sieben Punkten zusammengefaßt, weshalb ich den Schizos. hom. aus mykologischen, serologischen und immunobiologischen Gründen in den dort umrissenen Grenzen — die seitdem bereits einige Erweiterung (Sycosis simplex, Pityriasis rosea) gefunden haben — ätiologisch als den einzigen in Betracht kommenden Erreger halten muß. Diese Beweisgründe kann ich jetzt noch mit einem weiteren ergänzen: mit der positiven Kultur der Spalthefe aus dem strömenden Blute.

Nachdem die Blutkulturen in drei von acht Kölbchen positiv ausgefallen sind, mußte ich die „Bluttröpfchen"-Kulturen auf 8% Glukoseagar unter einem ganz anderen Gesichtswinkel betrachten. Es ist mir klar geworden, daß durch das Abschaben der obersten Epidermislagen bis auf das Korium eigentlich die Blutgefäße freigelegt und arrodiert worden sind, so daß die hier — in der rechten Axilla — durch die Aussaat von Bluttröpfchen gewonnenen Kulturen, keine „Lokalkulturen" von der rechten Axilla, sondern im wahrsten Sinne des Wortes richtige und einwandfreie „Blutkulturen" gewesen sind. Der Unterschied zwischen den Schuppenkulturen (später hinzutretende andere Keime: Hefen, Kokken, Schimmel) und den Bluttröpfchenkulturen (auf die Dauer

Digitized by Google

Reinkulturen von der Spalthefe ohne jede Beimischung von anderen Keimen) kann wohl nur in obigem Sinne gedeutet werden.

Bei der ersten Untersuchung des Patienten (am 3. II. 1928) habe ich auch ein Hämogramm nach Schilling aufgenommen. Das Blutbild hat folgendes Ergebnis geliefert (Befund vor der Intrakutanprüfung): Rote: 5510000; Weiße: 3500 (!!); Hämoglobin: 93,75%; Index: 0,91. Differentialblutbild: Mäßige neutrophile Leukozytose mit

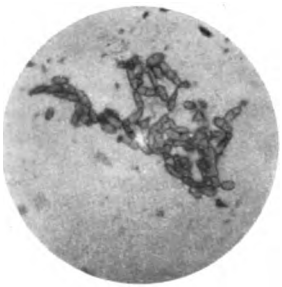


Abb. 3. Fall Kü., Nr. 415. Hautkultur. Schizos. hom., 48 Std. alt, 8%iger Glukoseagar, 27° C; Methylenblaufärbung. Mikrophotogramm: 1/12 Öl-Im., Zeiß-Phoku, H 6,2 ×. Vorwiegend vegetative Formen der Spalthefe

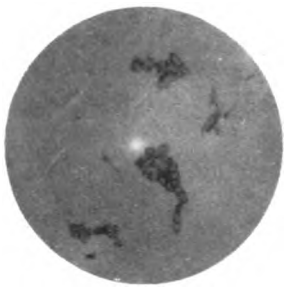


Abb. 4. Fall Kü., Nr. 415. Blutkultur. Schizos. hom., 10 Tage alt; 5%iges Saccharose-Hefewasser; Methylenblaufärbung. Mikrophotogramm: 1/12 Öl-Im., Zeiß-Phoku, H 6,2 ×. Vegetative Formen der Spalthefe

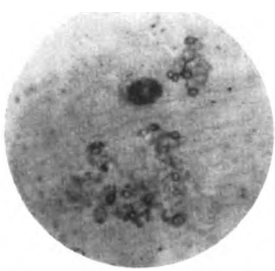


Abb. 5. Fall Kü., Nr. 415. Blutkultur. Schizos. hom., 10 Tage alt; 5%iges Saccharose-Hefewasser; Methylenblaufärbung. Mikrophotogramm: 1/12 Öl-Im., Zeiß-Phoku, H 6,2 ×. Eine Blutzelle (oben, Mitte), schwach gefärbte vegetative Formen der Spalthefe und viele Sporen

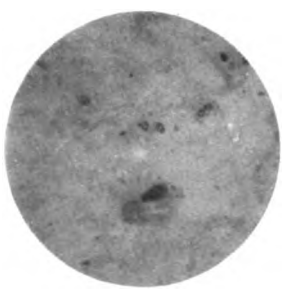


Abb. 6. Fall Kü., Nr. 415. Blutkultur. Schizos. hom., 10 Tage alt; 5%iges Saccharose-Hefewasser; Methylenblaufärbung. Mikrophotogramm: 1/12 Öl-Im., Zeiß-Phoku. H 6,2 ×. Einige Blutzellen (unten, Mitte), zerstreut einige Sporen der Spalthefe

mäßiger Kernverschiebung nach links (Segm. 67%, Stabk. 9,5%, Jugendl. 1,5%); Lymphopenie (10,5%); Eosinopenie im Ausstrich (2,5%); Monozyten 8,5%, Basophile 0,5%. Im dicken Tropfen: Netzchen ++, basophile Punktierung ++, Eosinophile 12%. Das rote Blutbild zeigte eine sehr erhebliche Anisozytose, das weiße viele hochsegmentierte Segmentkernige.

Die Serumdiagnose (Komplementfixation und Agglutination) ist dreimal angestellt worden.

Digitized by Google

Bei der Anstellung der ersten Untersuchung am 5. II. 1928 (die Blutentnahme dazu am 3. II. 1928 vor der Intrakutanprüfung) zeigte folgendes Resultat:

1. Wassermannsche Luesreaktion: negativ,
2. Komplementfixation: negativ,
3. Agglutination: negativ.

Zu der Untersuchung unter 2., 3. sind drei heterologe Spalthefestämme (Nr. 11, 52, 320), ferner a) Streptococcus mucosus, b) B. subtilis, c) ein Kryptokokkenstamm Nr. 156, insgesamt sechs Stämme verwendet worden. Sämtliche dieser Antigene sind außer dem homologen Serum noch mit einem normalen (= WR: —) und mit einem syphilitischen (= WR: ++++) geprüft worden. Die Resultate waren hier auch negativ.

Dazu ist noch folgendes zu bemerken. Bei der ersten Anstellung der Serumdiagnose (vorstehend) standen noch keine homologen Spalthefestämme zur Verfügung. Daraus erklärt sich der negative Ausfall der Reaktionen mit den heterologen Spalthefestämmen. Negativ war das Resultat der Reaktionen zwischen dem homologen Blut und dem Streptokokkusantigen, obwohl der ganze Kopf mit einem Krustenpanzer bedeckt war, der Streptokokken in Reinkultur lieferte.

Nachdem homologe Spalthefestämme vorhanden waren, ist die Serumdiagnose mit dem am 3. II. 1928 entnommenen und auf Eis aufbewahrten Serum des Patienten am 21. II. 1928 das zweitemal wiederholt worden. Das Resultat zeigt folgende Tabelle:

Antigene (Stämme)	Komplementfixation	Agglutination Verdünnungen 1:						Kontrollen	
		10	20	40	80	160	320	Baz.	Serum
Schizos. hom. Nr.415/r.Ax.	positiv ++	+++	++	±	—	—	—	—	—
Schizos. hom. Nr. 415/R.	schwach positiv +	+	±	—	—	—	—	—	—
Schizos. hom. Nr.415/Gen.	fast negativ ±	+	(+)	—	—	—	—	—	—
Kryptokokkus Nr. 156 . . .	negativ	—	—	—	—	—	—	—	—
Streptoc. muc.	negativ	—	—	—	—	—	—	—	—
B. subtilis .	negativ	—	—	—	—	—	—	—	—

Dazu muß ich folgende Bemerkung machen. Die drei, bei dieser zweiten Untersuchung, verwendeten Spalthefestämme sind aus „Bluttröpfchen“ in der rechten Achsel (415/r. Ax.), aus Schuppen des Rückens (415/R.) und des Genitale (415/Gen.) gezüchtet worden. Wenngleich alle diese drei homologen Stämme mit dem homologen Blut — zwar im verschiedenen Grade, aber doch — positiv reagiert haben, ist der quantitative Unterschied in der Stärke sowohl der Komplementfixation als auch der Agglutination höchst auffallend. Ähnliche, eigenartige Reaktionen habe ich schon des öftern auch bei der oberflächlichen Blastomykose (unveröffentlichte Untersuchungen) feststellen können, in welchen Fällen dieselbe Spezies von 3—4 verschiedenen, auseinanderliegenden Herden gezüchtet, mit dem homologen Serum quantitativ ganz verschiedene

Digitized by Google

Ergebnisse geliefert hatte. Diese Eigenartigkeit, worauf noch von keiner Seite hingewiesen worden ist, soll hier hervorgehoben werden. Eine Erklärung für diese Erscheinung konnte bisher nicht gefunden werden.

Die anderen Antigene: Streptoc. mucos., B. subtilis, Kryptokokkus ergaben mit dem homologen Serum wiederum ein negatives Resultat; ebenso war das Resultat der drei homologen Spalthefenantigene sowie der drei vorstehenden fremden Antigene mit dem normalen und mit dem syphilitischen Serum negativ.

Das zweitemal kam Patient am 1. III. 1928 — also etwa vier Wochen später — zur Untersuchung. Das klinische Bild (s. 1. Teil) bot eine überraschende Veränderung. Außer dem Bereiche des Kopfes war die Affektion in den übrigen Lokalisationen klinisch fast vollständig abgeheilt. Aus diesen Herden (wie bei der ersten Untersuchung, s. oben) angesetzten Kulturen blieben jetzt negativ. Die Kulturen von den Wangen, Ohren und von der behaarten Kopfhaut lieferten jetzt die Spalthefe in Reinkultur ohne Beimengung von Staphylokokken und Streptokokken. Dieser Befund vom Kopfbereiche ist ohne weiteres verständlich, da die oberflächlichen Kornealschichten, in denen sich die Erreger der Sekundärinfektion (Staphylokokken, Streptokokken) befanden, durch Zignolin zur Abschälung gelangten. Die zweite Serie von Blutkulturen (vom 1. III. 1928) blieb auch negativ.

Die Serumdiagnose, die jetzt mit dem am 1. III. 1928 entnommenen Blute das drittemal ausgeführt worden ist, ergab eine schwach positive Reaktion mit dem homologen Spalthefeantigen; sämtliche Kontrollen waren dagegen negativ.

Die Wichtigkeit der hier niedergelegten Befunde bezüglich der Ätiologie der sogenannten „Sycosis simplex" rechtfertigt zur Genüge die jede Einzelheit berücksichtigende und abwiegende Ausführlichkeit der Darstellung.

In dem vorliegenden Falle bestand jahrelang eine einwandfreie „Sycosis simplex", die zum Schluß eine Verschlimmerung und hochgradige Generalisierung der Affektion erfahren hatte. Die klinische Diagnose ist durch Frühwalds langjährige Beobachtung als „Sycosis simplex" einwandfrei festgelegt. Dies war auch meine eigene klinische Diagnose alter Nomenklatur in dem hier erörterten Falle. Darauf muß ich großen Wert legen, denn nur dadurch ist zunächst die klinische Basis gegeben, wodurch wir und andere Untersucher stets dasselbe Krankheitsbild verstehen.

Läßt sich nun die Spezifität der vorliegenden Befunde für Ätiologie und Pathogenese der „Sycosis simplex" als eine durch die Spalthefe bedingte Affektion einwandfrei verwerten? Oder zeigten die Befunde irgend welche Tatsachen, welche die Beweiskette, die ich für die Ätiologie und Pathogenese der Schizosaccharomykose im allgemeinen, für diejenigen des ersten von mir publizierten und des hier erörterten zweiten Falles einer „Sycosis simplex" im besonderen, irgendwie durchbrochen hätten?

Zunächst war die Spalthefe aus sämtlichen Herden des vorliegenden Falles einwandfrei und auf den ersten Anhieb zu züchten. Die Körperherde lieferten sofort Reinkulturen, die Kopfherde, entsprechend dem klinischen Bilde der aufgepfropften Sekundärinfektionen, zeigten zu gleicher Zeit Mischkulturen von Spalthefe, Staphylokokken und Streptokokken.

Digitized by Google

Den eigentlichen Aufbau des Krankheitsbildes — zur Zeit meiner ersten Untersuchung — Schizosaccharomykose + Staphylodermie + Streptodermie — streng in dieser Reihenfolge —, zeigte wiederum einwandfrei die mykologische Kontrolle bei dem Rückgang des Krankheitsbildes unter Zignolinbehandlung. Bei dem Rückgang (Abheilung) verschwanden zunächst die später hinzugekommenen, aufgepfropften Staphylo-, bzw. in diesem Fall noch dazu — Streptodermie und blieb zuunterst, was das Grundleiden war — die Spalthefemykose.

Daß die Spalthefemykose + Staphylodermie (= „Sycosis simplex") in diesem Falle ganz außergewöhnlich noch durch eine Streptodermie kompliziert war, ist nicht von Wichtigkeit. Die Streptodermie trat nur in der letzten Etappe des Krankheitsverlaufes auf. Wie es aus FRÜHWALDS Darstellung klar hervorgeht, war hier jahrelang lediglich eine Staphylodermie vorhanden, genau wie in meiner eigenen Beobachtung.

FRÜHWALDS Patient litt, gerade so wie der meinige, seit Jahren an einer starken Schuppung der behaarten Kopfhaut, verbunden mit wechselnd starkem Haarausfall. Die Spalthefemykose war also in beiden Fällen schon lange Jahre voraus da, ehe die ersten, geringsten Spuren des klinischen Bildes einer sogenannten „Sycosis simplex" aufgetreten waren. Aus diesem Entwicklungsgang der Affektion wird es wohl jedem kritischen Untersucher ohne weiteres einleuchten und absolut gerechtfertigt erscheinen, wenn ich auch in diesem zweiten Falle behaupte, im klinischen Bilde der sogenannten „Sycosis simplex" sei pathogenetisch die Spalthefemykose die primäre, die Conditio sine qua non.

Ferner ist hier auf der Höhe des Krankheitsbildes in doppelter Weise eine positive Blutkultur der Spalthefe, und nur dieser erbracht worden, obwohl aus den Schuppenkulturen des Kopfbereiches neben der Spalthefe, Staphylokokken reichlich, Streptokokken überaus reichlich gezüchtet worden sind.

Damit kann ich jene Beobachtung in Parallele setzen, daß ich die Spalthefe in meinem Falle aus einem geschlossenen Knoten in vegetativen Formen in Reinkultur darstellen konnte.

Neben dieser mykologischen Verfolgung des architektonischen Auf- und Abbaues im Bilde der Sycosis simplex, sind noch andere Momente, die sich nur im Sinne einer Spalthefeätiologie verwenden lassen. Das sind: 1. die spezifische Allergie durch Schizosaccharomyzin, 2. eine wiederholte, streng homolog-spezifische Komplementfixation und Agglutination.

Die Beweiskette, die ich in meinem ersten Falle für die Ätiologie und Pathogenese der sogenannten Sycosis simplex als eine synergetische Doppelinfektion (Schizosaccharomykose + Staphylodermie) vorbringen konnte, ist durch das erhobene Tatsachenmaterial im vorliegenden Falle nicht nur nirgends durchbrochen, sondern im Gegenteil in allen Einzelheiten bestätigt worden. Ja sogar gelang es in diesem Falle die Beweiskette mit einem hochwertigen Gliede — mit der positiven Blutkultur der Spalthefe — zu vermehren.

Aus all den vorgebrachten Gründen glaube ich auch das zweitemal einwandfrei bewiesen zu haben, daß das klinische Bild der Sycosis simplex durch eine Doppelinfektion bedingt ist, wobei das Primäre unbedingt die Spalthefemykose, die Staphylodermie das Sekundäre ist.

Digitized by Google

Zusammenfassung

In einem von Frühwald jahrelang beobachteten typischen Fall von „Sycosis simplex" konnte Benedek zum zweiten Male den Schizos. hom. bei diesem klinischen Bilde als den ausschlaggebenden ätiologischen Faktor aus jedem Herde getrennt nachweisen.

Das klinische Bild der Sycosis simplex war in diesem Falle noch mit einer hochgradigen Streptodermie im Bereiche des Kopfes kompliziert. Daselbst ließen sich bei der ersten kulturellen Untersuchung Spalthefe, Staphylokokken und Streptokokken nachweisen. Alle übrigen Körperlokalisationen ergaben den Schizos. hom. sofort bei der ersten Aussaat in Reinkultur. Zu gleicher Zeit gelang es hier das erstemal den Schizos hom. aus dem strömenden Blute kulturell nachzuweisen.

Anläßlich einer zweiten — etwa vier Wochen später — vorgenommenen kulturellen Untersuchung, der eine Zignolinbehandlung bereits voraufging und eine weitgehende Besserung herbeiführte, waren im Bereich des Kopfes weder Staphylokokken noch Streptokokken, lediglich noch die Spalthefe nachzuweisen. Dieser mykologische Befund entsprach auch vollkommen dem klinischen Bilde und dem architektonischen Aufbau der Sycosis simplex als eine Doppelinfektion.

Auch in diesem Falle ist eine spezifische Allergie, sowie eine spezifische Komplementfixation und Agglutination nachgewiesen worden.

Literatur

Benedek, Über Schizosaccharomykose, eine neue Hefepilzerkrankung, verursacht durch eine neuentdeckte Spalthefe (Schizosaccharomyces nov. spec.). Arch. f. Derm., 1926, Bd. 152, S. 109—110. — Benedek, Über Schizosaccharomykose, eine neue Hefepilzerkrankung. 89. Vers. deutsch. Naturf. 1926; Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 21, S. 681—682; ferner Vers. mitteld. Derm., 1926; Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 22, S. 621—622. — Benedek, Schizosaccharomyces hominis nov. spec., die erste menschenpathogene Spalthefe. Zbl. f. Bakt., 1. Abt. Orig., 1927, Bd. 104, S. 291—303. — Benedek, Weitere Beiträge zur Klinik der Schizosaccharomycosis hominis. Kongr. d. D. derm. Ges., 1927; Arch. f. Derm., 1928, Bd. 155, S. 225—227. — Benedek, Schizosaccharomycosis sycosiformis. Derm. W., 1928, Bd. 86, S. 425—433. — Benedek, Schizosaccharomykid. Derm. W., 1928, Bd. 86, S. 536—538.

Nachtrag

Während Fertigstellung dieser Arbeit ist ein zweiter Kranker in unsere Beobachtung gekommen.

Es handelt sich um den 51jährigen Stahlpolierer Emil Oe., der am 16. IV. 1928 aufgenommen wurde.

Er leidet seit einem Jahr an Ausschlag am Bein, seit einigen Wochen an solchem am rechten Unterarm. Beides wurde vergeblich mit Salben und Röntgenbestrahlungen behandelt.

Es fand sich am unteren Drittel des linken Unterschenkels eine über handgroße gerötete, nässende Stelle, scharf abgesetzt gegen der Umgebung, an den Rändern mit Schuppen und Krusten bedeckt. Auf der Streckseite des rechten Handgelenks eine über kinderhandgroße gleiche nässende, schuppige und gerötete Stelle. In den Schuppen des letzteren Herdes konnte Benedek Schizosaccharomyzes nachweisen.

Digitized by Google

Syphilis bei Eheleuten

Von

Prof. Arthur Jordan in Moskau

Seitdem von Levaditi und Marie die Möglichkeit eines speziellen syphilitischen Virus nerveux angeregt und durch die Beobachtungen einiger Forscher das Vorkommen von Neurolues bei beiden Ehegatten festgestellt wurde, hat der Verlauf der Syphilis bei Ehepaaren größeres Interesse gewonnen. Besonders regt dazu das Kapitel „Syphilis à virus nerveux" in Nonnes herrlichem Werk: Syphilis und Nervensystem, an, in welchem er uns eine ganze Reihe von Fällen von syphilogenen Nervenkrankheiten bei Ehegatten vorführt und auf Grund von 117 von seinem Assistenten Dr. Raven untersuchten Syphilitikerfamilien zu folgenden Schlußfolgerungen kommt:

1. Nur in 23% blieb die Wirkung der Lues auf das primär infizierte Familienglied beschränkt;
2. der primär infizierte Gatte erkrankte häufiger an einem syphilogenen Nervenleiden als der sekundär infizierte;
3. gleichartige Erkrankung beider Ehegatten wurde sehr selten beobachtet;
4. die sekundäre Infektion erfolgte meist latent, wenn der primär infizierte Gatte syphilogen erkrankt war;
5. mit manifesten Symptomen verlief sie relativ häufig dann, wenn der primär infizierte Gatte kein syphilogenes Nervenleiden hatte;
6. diese Beobachtung spricht für eine Virulenzabnahme der Lues bei Passage durch das Nervensystem.

Seitdem sind verschiedene weitere, hierauf bezügliche Beispiele veröffentlicht worden, so z. B. von Babinsky, Tabes dorsalis bei Mann und Frau; E. Livingston Hunt, Psychische Symptome bei beiden Ehegatten infolge Lues. Ferner sah Tom Bentley Throckmorton Tabes, Piquet und Gordon Neurolues bei beiden Ehegatten. Das sind aber alles nur vereinzelte episodische Beobachtungen von verhältnismäßig geringer allgemeiner Bedeutung; wertvoller ist daher außer der Ravenschen Statistik eine kleine Statistik von Moore und Keidel über 21 Paralytiker, von denen in 11 Fällen auch die andere Ehehälfte eine nachweisbare Erkrankung des Nervensystems aufwies, darunter dreimal progressive Paralyse und über 8 Fälle von Tabes dorsalis, unter denen die Frauen in 2 Fällen Taboparalyse und in 1 Fall progressive Paralyse hatten. Endlich demonstrierte Spitzer am 2. II. 1924 in der Schlesischen dermatologischen Gesellschaft eine junge Frau mit einem rupioiden Syphilid auf dem behaarten Kopfe, wo der Ehemann gleichfalls an ausgedehnter Rupia auf dem ganzen Körper litt. Diese verschiedenen Angaben veranlaßten mich, meine schon früher in dieser Wochenschrift (Bd. 72, Nr. 26a) veröffentlichte Statistik über Syphilis bei Eheleuten bis zum Jahre 1927 weiterzuführen, wobei ich die damalige Ziffer von 175 Ehepaaren auf 250 erhöhen konnte. Bei 150 Ehepaaren ließen sich keine Zeichen von Lues bei der anderen Ehehälfte nachweisen; bei 100 in der Tat. Das ist

Digitized by Google

heute, dank der WR, möglich und gibt demnach eine viel größere Zahl ab, als z. B. TARNOWSKY im Jahre 1901 feststellte, der unter 30 Ehepaaren nur in 6 einen Übergang auf die andere Ehehälfte sah. Unter meinen 100 Ehepaaren mit Erkrankung beider Teile befanden sich 94 Ehefrauen, welche vom Mann angesteckt wurden, darunter 72 mit aktiver und 22 mit latenter Syphilis und 6 Ehemänner, welche von der Ehefrau mit frischer Syphilis infiziert wurden.

Die Infektion der primär affizierten Person lag zurück:

	1—3 Jahre	3—5 Jahre	über 5 Jahre	unbekannt wie lange	im ganzen
a) Bei den Ehemännern, welche ihre Frauen ansteckten . .	76	4	12	2	94
b) Bei den Ehefrauen, welche ihre Ehemänner infizierten	6	—	—	—	6
Insgesamt	82	4	12	2	100

Die Krankheit trat auf:

	in aktiver Weise		in latenter Form	im ganzen
	sofort nach der Eheschließung	erst später		
a) Bei den sekundär infizierten Frauen	67	5	22	94
b) Bei den sekundär infizierten Ehemännern . . .	6	—	—	6
Insgesamt	73	5	22	100

Der Krankheitsverlauf war:

	ein gewöhnlicher mit oder ohne Rezidive	in Gestalt latenter Syphilis	mit Übergang		verbunden mit Tod durch Zufälligkeiten	unbekannt	im ganzen
			auf das Zentralnervensystem	auf die Leber oder Aorta			
a) Bei den primär erkrankten Ehemännern . . .	67	—	14	1	2	10	94
b) Bei den sekundär infizierten Ehefrauen . .	48	22	11	2	1	10	94
c) Bei den primär erkrankten Ehefrauen . . .	3	—	1	—	—	2	6
d) Bei den sekundär infizierten Ehemännern .	2	—	1	1	—	2	6
Insgesamt	120	22	27	4	3	24	200
					113*		

Digitized by Google

Obgleich die Anzahl der an Neurolues erkrankten Ehemänner und Ehefrauen sich so ziemlich die Wage hält (15 : 12), trat dieselbe nur zweimal gleichzeitig beim Mann und bei der Frau auf. Je einmal erkrankten beide Ehegatten an Aortitis, bzw. Hepatitis und einmal fand sich beim Ehemann Neurolues, bei der Frau dagegen Aortitis. Es handelte sich um folgende Fälle:

1. Frau O., 51 Jahre alt, kam am 15. I. 1924 zu mir wegen verschiedener Klagen. Sie gab an, sich vor 24 Jahren, zu gleicher Zeit mit ihrem Mann, extragenital syphilitisch infiziert zu haben und damals von Prof. A. Pospelow mit 6 Hg-Spritzkuren behandelt worden zu sein. Der Mann befände sich wegen p. P. in der Irrenanstalt. Auf Grund einer Konsultation mit Prof. W. Kramer wurde bei ihr Neurasthenia s., bei negativer WR, diagnostiziert und ihr eine Spritzkur ordiniert, unter welcher die Beschwerden zurückgingen. Am 26. I. 1926 trat sie von neuem, derselben Erscheinungen wegen, bei mir auf, welche sich nach dem mittlerweile erfolgten Tode des Mannes und längerem Aufenthalt von ihr im Gefängnis eingestellt hatten.

2. Die 24jähr. Postbeamtin K. wurde mir am 15. V. 1920 von einem Gynäkologen zugesandt, weil die wegen heftiger andauernder Gebärmutterblutungen vorgenommene Blutuntersuchung eine positive WR ergeben hatte. Außer Neurasthenie konnte ich bei ihr nichts für Lues Verdächtiges feststellen, obgleich sie angab, daß ihr Mann im Jahre 1916 sich syphilitisch infiziert, nur 2 Hg-Spritzkuren durchgemacht und mit ihr geschlechtlich weiter verkehrt habe. Sie selbst verneinte Syphilis. Ihr einziges Kind ist vor der Erkrankung des Mannes geboren. Die Kranke bekam eine Spritzkur (Hg und NS) und verschwand. Am 14. III. 1928 kam sie in höchst aufgeregtem Zustande von neuem zu mir, weil der Mann, seit dem Jahre 1923, an p. P. in der Irrenanstalt liege und auch bei ihr p. P. diagnostiziert worden sei. In der Tat mußte bei ihr, auf Grund des ganzen Benehmens, wie verschieden großer Pupillen und folgender Liquorveränderungen (Lymphozytose 27, Albumin 0,14‰, Nonne-Apelt +, Pandy ++, Mastix-R. schwach positiv, WR —) diese Diagnose gestellt werden.

3. Die 35jähr. Frau P. wurde mir am 13. VI. 1925 vom Internisten Dr. Taubkin wegen Aortitis s. bei positiver WR zugeschickt, welche Diagnose, trotz Fehlens sonstiger Erscheinungen als richtig anerkannt werden mußte. Von Lues wußte sie nichts, gab an vor 13 Jahren geheiratet und dreimal geboren zu haben, jedoch starben die Kinder sehr früh. Der Mann leide seit 2 Jahren an Tabes dorsalis.

4. Der 33jähr. verheiratete Buchhalter R. trat am 23. II. 1918 wegen S. latens (Infektion 1917) in meine Behandlung und machte mehrere kombinierte Hg-NS-Kuren durch. Die Frau sah ich nicht; er behauptete sie nicht infiziert zu haben. Im Jahre 1926 stellte er sich von neuem mit Erscheinungen von Aortitis und Hepatis s. vor und betonte, daß auch bei der Frau Hepatitis s. bestände, derentwegen sie von einem anderen Arzt behandelt würde.

5. Der 41jähr. verheiratete Beamte M. wurde mir am 26. XII. 1926 vom Internisten Dr. Iwakin wegen Aortitis s. (WR stark positiv) zur Behandlung überwiesen. Von Lues wußte er nichts, gab an, mit 21 Jahren geheiratet, aber keine Kinder gezeugt zu haben. Vor 4 Jahren sei die Frau an Aortitis, deren Ätiologie damals unklar geblieben war, gestorben.

Die Betrachtung unserer Privatstatistik, verglichen mit den Nonne-Ravenschen Schlußfolgerungen, lehrt im großen und ganzen dasselbe, nämlich, daß in 40% der Fälle ein Übergang der Syphilis von dem primär infizierten Ehegatten auf den anderen erfolgt, daß syphilogene Nervenleiden in 13,5% vorkommen oder bei dem primär infizierten Ehegatten in 15%, bei dem sekundär infizierten Ehegatten in 12%; daß gleichartige syphilogene Nervenerkrankungen, bzw. Aortitis oder Hepatitis, beider Ehegatten nur sehr selten, nämlich nur in 5% zur Beobachtung kamen, und zwar in je einem Fall bei beiden p. P. oder beim Mann p. P., bei der Frau Neurasthenia s., ferner je einmal beim Mann Tabes dorsalis und bei der Frau Aortitis, bzw. bei beiden Aortitis oder Hepatitis s. Ein Grund für die Annahme eines speziellen Virus nerveux liegt demnach

Digitized by Google

nicht im geringsten vor, was ja auch in der Tat heute meist abgelehnt wird, sondern stets handelte es sich um eine entweder ganz fehlende oder im höchsten Grade ungenügende Behandlung, bestehend in 2—5 Hg-Spritzkuren bei beiden Ehegatten.

Viel größeres Interesse als diese seltenen, freilich die Angaben anderer bestätigenden Fälle beanspruchen dagegen die 22 Ehefrauen, welche entweder dauernd an latenter Syphilis litten oder längere Zeit latent syphilitisch waren und plötzlich eine syphilitische Späterscheinung aufwiesen. Die näheren Details dieser Fälle sind folgende:

1. Die 48jähr. Frau K. wurde mir von dem von Gewissensbissen gefolterten Mann, der vor 3 Jahren Syphilis akquiriert, aber es vor der Frau geheim gehalten hatte, zugeführt, weil sich plötzlich ein Ausschlag bei ihr entwickelt hatte. Die Frau hatte gewöhnliche Urtikaria, aber die für alle Fälle angestellte WR fiel in der Tat positiv aus und bestätigte, daß die Frau außerdem latent syphilitisch war. Die WR wurde nach einigen Kuren negativ.

2. Der 42jähr. Schlafwagenkondukteur N. erlitt eine Apoplexie, wobei sich ergab, daß die WR positiv war und er zugab, sich vor 20 Jahren Lues geholt zu haben, aber schlecht behandelt worden zu sein. Bei der 8 Jahre mit ihm lebenden Frau, welche stets gesund gewesen zu sein behauptet, fiel die WR stark positiv aus. Aus der Ehe stammte kein Kind.

3. Von dem seit 8 Jahren verheirateten Ehepaar M. gab der Mann an, vor $^1/_2$ Jahre Lues erworben zu haben und da er sich hatte behandeln lassen, gelegentlich mit ihr koitiert zu haben. Obgleich die Frau nicht die geringsten Zeichen von Lues aufwies, fiel die WR bei ihr positiv aus. Unter mehrfachen spez. Kuren wurde dieselbe negativ.

4. Der 24jähr. Techniker B. trat am 3. X. 1919 in meine Behandlung eines Ulc. induratum penis wegen, erworben kurz vor der am 30. IX. stattgefundenen Hochzeit. Die Frau hatte eine kleine Erosion am Introitus vaginae, welche aber keine Spir. pall. enthielt. Sie blieb in meiner Beobachtung, die WR war dauernd negativ. Da trat am 29. XII. 1921 hinter dem letzten rechten unteren Backenzahn ein tiefes Geschwür auf, welches klinisch einem Ulc. gummosum außerordentlich ähnlich war, trotzdem die WR negativ ausfiel. Es schwand erst unter JK-Gebrauch. Spätere syphilitische Erscheinungen sind bei ihr nicht aufgetreten.

5. Der 33jähr. verheiratete Beamte M. stellte sich am 18. I. 1922 mit frischer Lues bei mir vor. Obgleich er, bereits infiziert, mit der Frau weiter Verkehr gehabt hatte, ergaben peinliche Untersuchungen derselben nicht die geringsten Zeichen von Lues, aber am 14. IV. desselben Jahres wurde die WR bei ihr positiv. Klinisch sichtbare Zeichen von Lues fehlten.

6. Die 28jährige Frau N. suchte mich sehr erschreckt auf wegen Leucoderma colli. Die positive WR bestätigte den syphilitischen Charakter. Sie gab an, seit 4 Jahren mit einem Mann zu leben, der Lues gehabt habe; hätte auch einmal eine kleine Abschürfung am Introitus vaginae bemerkt, derentwegen sie auch einen Arzt konsultierte, welcher aber die Abschürfung für harmlos erklärt hatte.

7. Der 33jähr. verheiratete Postbeamte S. wandte sich am 7. II. 1921 an mich wegen S. II recens (Sclerosis penis, Lymphadenitis, Exanthema papulosum). Trotz seiner Syphilis hat er noch vor 2 Wochen mit seiner Frau koitiert. Eine genaue Untersuchung der letzteren ergab keine Zeichen von Lues, aber dennoch wurde die WR im März 1921 positiv. Die Frau wurde einer spez. Behandlung im Verlaufe der nächsten Jahre unterworfen. Die WR wurde allmählich negativ, irgend welche Erscheinungen traten nie auf.

8. Der 39jähr. verheiratete Chauffeur D. trat am 5. XI. 1920 in meine Behandlung wegen S. II recidiva (Papulae scroti). Er gibt an, sich vor 1 Jahr syphilitisch infiziert und eine Kur durchgemacht zu haben; mit der Frau hat er weitergelebt. Letztere verneinte irgend welche Krankheitserscheinungen gehabt zu haben, war bei der Besichtigung frei von denselben, aber die WR erwies sich positiv.

9. Der 33jähr. Postbeamte L. infizierte sich vor 8 Jahren luetisch, machte 5 Spritzkuren (Hg) durch, heiratete frei von Erscheinungen im Jahre 1919. Im Jahre 1921 zeigten sich bei der Frau Papeln am After bei positiver WR (++). Sie behauptete früher nichts bemerkt zu haben.

Digitized by Google

10. Der 26jährige Postbeamte W. holte sich im Januar 1921 Lues und ließ sich bei mir behandeln. Trotz des Verbots verkehrte er mit seiner Frau weiter, welche aber keine Erscheinungen von Syphilis zeigte. Im Jahre 1923 gebar sie ein syphilitisches Kind und nun erwies sich bei ihr die WR positiv (+).

11. Der 34jähr. Ingenieur P. akquirierte mit 25 Jahren Lues, machte öfterer Rezidive wegen im ganzen 10 energische Kuren durch, heiratete bei — WR vor 1 Jahre. $^1/_2$ Jahr später begann sich bei der Frau eine Struma zu entwickeln, welche bei Vorhandensein desselben Leidens bei der Mutter als ein erbliches Übel angesehen wurde. Allmählich stellten sich bei der Frau aber auch vergrößerte Halslymphdrüsen ein und die WR erwies sich als positiv, so daß bei ihr Syphilis diagnostiziert werden mußte. Eine spezifische Kur brachte entschiedene Besserung der Struma, wie der vergrößerten Lymphdrüsen.

12. Die 41jähr. Frau V. gebar, nach einem vorhergegangenen Abort, ein syphilitisches Kind. Die WR fiel bei der Mutter, welche vor 3 Jahren geheiratet hatte, stark positiv aus. Nachforschungen ergaben, daß der Mann vor 25 Jahren Lues bekommen und 17 Jahre hindurch aus diesem Grunde Tinct. jod. regelmäßig eingenommen hatte. Leider ging er nicht auf eine Blutuntersuchung ein.

13. Die 28jähr. Frau P. erkrankte im April 1925 an Endokarditis, welche infolge stark positiver WR als syphilitisch angesprochen werden mußte. Die Kranke hat vor 7 Jahren geheiratet, mehrfach Aborte gehabt. Der Mann erschoß sich im Jahre 1923.

14. Der 48jähr. Postbeamte E. suchte mich am 23. III. 1923 wegen Lues cerebri auf. Infektion vor 8 Jahren. Die Behandlung bestand bloß in 5 Hg-Spritzen und 1 NS-Injektion. WR ++++. Bei der Frau, die in demselben Alter stand und von Syphilis nichts wußte, konstatierte ich variköse Unterschenkelgeschwüre, aber eine stark positive WR.

15. Die 62jähr. Witwe P. suchte meine Hilfe eines seit längerer Zeit bestehenden, aber sie wenig belästigenden Ausschlags wegen auf. Es handelte sich um ein tuberkulo-serpiginöses Syphilid auf dem Rücken. Von Lues wußte sie nichts, machte aber die Mitteilung, daß sie vor 40 Jahren geheiratet und vor 39 Jahren ein totgeborenes Kind zur Welt gebracht habe. Eine vor 36 Jahren geborene Tochter sei gesund. Der Mann sei an p. P. vor vielen Jahren gestorben.

16. Der 50jähr. verheiratete Kaufmann H. kam zu mir mit Erscheinungen von p. P. als Folge einer vor 30 Jahren erworbenen und mit wenigen Spritz- und Einreibungskuren behandelten Syphilis. Er starb bald darauf. Bei der Frau, welche vor 28 Jahren geheiratet hatte und nichts von Lues wußte, erwies sich die WR positiv (++++). Drei Kinder im Alter zwischen 20 und 14 Jahren leben und sind gesund.

17. Die 70jähr. Frau E. suchte mich eines gummösen Ulcus frontis wegen auf. WR +++. Sie wußte nichts von Syphilis, gab nur an, daß der Mann verhältnismäßig jung plötzlich am Schlage gestorben sei, so daß die Vermutung nahelag, daß er Lues gehabt habe.

18. Bei der 23jähr. Frau K. konstatierte ich ein tuberkulo-serpiginöses Syphilid auf dem Rumpfe. WR +++. Die Kranke wußte nichts von Lues, gab nur an vor 3 Jahren geheiratet und einmal abortiert zu haben. Der Mann gab zu, vor 9 Jahren Lues gehabt zu haben, aber gründlich behandelt worden zu sein. Bei ihm war die WR negativ.

19. Die 22jähr. Uhrmachersfrau M. gebar nach 2jähr. Ehe ein syphilitisches Kind. Bei ihr ließen sich nicht die geringsten äußeren Zeichen von Syphilis finden, aber die WR fiel positiv aus (++++). Der Mann leidet an Tabes dorsalis, hat vor 10 Jahren Lues akquiriert und sich schlecht behandeln lassen.

20. Die 30jähr. Frau T. gebar ein syphilitisches Kind, war selbst anscheinend gesund, aber die WR fiel stark positiv aus. Der Mann hat vor 4 Jahren Lues gehabt.

21. Die 35jähr. Frau N. gebar ein syphilitisches Kind im ersten Jahr ihrer Ehe. WR erwies sich bei ihr schwach positiv (+). Der 40jähr., sehr ernst angelegte Mann hatte vor 11 Jahren Lues akquiriert und sich äußerst akkurat bei mir behandeln lassen und mit meiner Erlaubnis geheiratet, da die WR seit Jahren negativ war und nicht die geringsten äußeren Erscheinungen von Lues nachzuweisen waren. Infolge der Krankheit des Kindes wurde beim Vater eine Lumbalpunktion vorgenommen, welche das überraschende Resultat ergab, daß die Reaktionen: Pandy, Nonne und Wassermann positiv ausfielen und sich 26 Lymphozyten in 1 ccm fanden, bei 0,12‰ Albumen.

22. Der 42jähr. Buchhalter L. suchte mich wegen Myokarditis auf. Er hat vor 8 Jahren Lues gehabt und nur eine Spritzkur erhalten. Vor 2 Jahren hat er geheiratet; bei der sich völlig gesund fühlenden Frau erwies sich die WR stark positiv.

Digitized by Google

Bei diesen 22 Ehefrauen wurde die Syphilis klargestellt:

1. Durch die positive WR, welche entweder infolge Besorgnis des Mannes oder der Frau, bei Erkrankung des Mannes an Neurolues angestellt wurde, in . . . . . 9 Fällen
2. Durch die Geburt eines syphilitischen Kindes in . . . . 5 „
3. Durch Auftreten von sekundären Erscheinungen ohne vorherigen Primäraffekt in . . . . . 2 „
4. Durch Auftreten von syphilitischen Spätersoheinungen in . 6 „

Im ganzen 22 Fälle

Die Syphilis der Ehemänner

bestand in				im ganzen	lag zurück				im ganzen
unbekannter Form	latenter Form	manifester Form	Gestalt von Neurolues		1—3 Jahre	3—5 Jahre	über 5 Jahre	unbekannt wie lange?	
4	11	3	4	22 Fälle	8	2	10	2	22 Fälle

Die Behandlung der primär infizierten Ehemänner war:

1. eine ausgiebige und jahrelange in . . . 4 Fällen
2. eine ungenügende in . . . . . 7 „
3. eine fehlende in . . . . . 2 „
4. eine unbekannte in . . . . . 4 „
5. noch in vollem Gange . . . . . 5 „

Im ganzen 22 Fälle

Die Syphilis wurde somit nur bei $^1/_3$ dieser latent syphilitischen Ehefrauen längere Zeit nach der Eheschließung manifest, blieb dagegen in $^2/_3$ der Fälle dauernd latent und wurde nur zufällig aufgedeckt. Diese Tatsache ist zwar bekannt, verdient aber doch immer wieder betont zu werden, wo die genaue Ursache unbekannt ist. Das Manifestwerden der Syphilis dürfte in einem Teil der Fälle wohl unschwer durch ein Rezidiv bei dem primär infizierten Mann, in einem anderen Teil durch eine, infolge Schwächung des Organismus der Ehefrau eintretende Zunahme des syphilitischen Virus erklärt werden; die Ursache des dauernden Latenzstadiums bei der Ehefrau am natürlichsten wohl auf eine Abschwächung des syphilitischen Virus beim Ehemann zurückzuführen sein. Für die letztere, wie insbesondere für die völlige Vernichtung des Krankheitsstoffes bei den primär infizierten Ehemännern scheint aber, wie aus vereinzelten Beispielen hervorgeht, eine wirklich gute Behandlung nicht immer zu genügen; sicher ist nur, daß die Behandlung eine größere Rolle spielt als die Zeitspanne, welche vom Moment der Infektion bis zur Eheschließung verlaufen ist. Darum muß immer wieder eine energische chronisch-intermittierende Behandlung der primär infizierten Ehemänner gefordert werden, außerdem sind aber, selbst bei fehlenden klinischen und serologischen Zeichen der Syphilis beim Ehemann, mehrfache, im Laufe einiger Jahre zu wiederholende Blutuntersuchungen der Ehe-

Digitized by Google

frau anzuraten, um sie vor der Geburt syphilitischer Kinder oder Ausbruch von spätsyphilitischen Erscheinungen bei sich selbst zu bewahren.

Bei Positivwerden der WR bei der Ehefrau ist eine zielbewußte Behandlung derselben dringend notwendig.

Literatur

Babinsky, Die hereditäre, familiäre und konjugale spez. Meningitis. J. des pratic., 1913, Nr. 1. — Gordon, Syphilis des Nervensystems bei Eheleuten. Am. J. of Syph., 1921, Bd. 5, Nr. 2. — Hunt, E. Livingston, Ein Fall von konjugaler Syphilis. M. Record, 22. V. 1925. Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 327. — Nonne, Syphilis und Nervensystem. 5. Aufl., Berlin 1924. — Moore und Keidel, Studien über familiär vorkommende Syphilis des Nervensystems. J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 77, Nr. 1. — Piquet, Ein Fall von Syphilis beider Ehegatten. Ann. de Derm., 1921, Nr. 11. — Spitzer, Konjugale Syphilis. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 12, S. 131. — Tarnowsky, Die familiäre Syphilis. Russ. J. f. Haut- u. vener. Krankh., 1901, Bd. 2, S. 733. — Throckmorton, Ton Beatley, Tabes dorsalis bei Ehegatten. J. Am. m. Ass., 1917, Nr. 19.

Odessaer dermato-venerologisches Staatsinstitut (Glawtsche-Institut) (Direktor: M. G. Coroschin). Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Leiter: J. D. Perkel)

In 5 Minuten ablesbare Schnellreaktion auf Syphilis (Kadisch-Methode)

Von

M. M. Israelssohn und S. A. Korol

Die von verschiedenen Autoren vorgelegten Methoden des serologischen Luesnachweises mit aktivem Serum zeichnen sich durch die Mannigfaltigkeit ihrer Technik aus. Die Bestrebungen aller Forscher gehen dahin, durch Ein- und Ausschaltung verschiedener Komponenten der Originalmethode und alle möglichen Kombinationen der Untersuchungsbedingungen (Zeit, Temperatur, Dosierung der Ingredienten) eine möglichst einfache Technik und größere Spezifität der Resultate zu erzielen.

Bei Durchsicht der einschlägigen Literatur finden wir, daß manche Autoren, wie Hecht (1), Levaditi (2), Weinberg (3) und Mutermilch (4) sich des natürlichen Ambozeptors und des Menschenkomplements bedienen, während andere wie Stern (5) nur menschliches Komplement gebrauchen und Mandelbaum, Grüssbach (6), Jourdan (5) Komplement und Ambozeptor benutzen. Ja sogar Methoden von einheitlichem Prinzip unterscheiden sich durch Einzelheiten ihrer Technik, so wird von manchen Autoren, die sich des ersteren Verfahrens bedienen (Weinberg, Mutermilch), die hämolytische Kraft des Serums in Betracht gezogen, von manchen (Hecht, Levaditi) nicht. Wir wollen auf die Resultate der erwähnten Methoden hinsichtlich ihrer Spezifizität nicht eingehen, es sei nur gesagt, daß sie alle sehr zeitraubend sind und bisweilen auch viel Material erfordern.

Einen Versuch, die Reaktion mit aktivem Serum in bezug auf Technik und Zeitaufwand ad maximum zu vereinfachen, wurde von Kadisch (7)

Digitized by Google

mit seiner Schnellreaktion gemacht. Ihre Technik, deren Einzelheiten genau einzuhalten sind, ist folgende:

Für jede Reaktion benötigt man 2 Röhrchen — ein Versuchsröhrchen und eine Kontrolle. In beide gibt man je 0,25 Serum. Dazu kommen: in das Versuchsröhrchen 0,7 cholesterinisiertes Antigen (Autor verwandte in der Folge 0,5), in die Kontrolle — 0,5 physiologische Kochsalzlösung. Hierauf werden die Röhrchen geschüttelt, dann je 0,5 (1%) Hammelblutkörperchenaufschwemmung hinzugefügt, abermals geschüttelt und in ein Wasserbad von 40° gebracht. Nach 5 Minuten kann die Reaktion abgelesen werden.

Von der Erwägung ausgehend, daß es sich gegebenenfalls außer der Spezifizitätsfrage um einen kolloidalen Vorgang handelt, hält Autor nicht für notwendig, das Antigen in langem Kontakte mit dem Serum zu lassen, da doch die bei solchem Komplex einzutretende Reaktion sofort einsetzt, so daß 5 Minuten vollkommen genügend sind, die Reaktion ablesbar zu machen. Die vom Autor angegebene Temperatur 40° (in der Folge 41°), zu der er auf rein empirischem Wege gelangt, ist eben das Optimum, welches zur erfolgreichen Hämolyse der Hammelblutkörperchen durch den natürlichen Menschenambozeptor und -komplement beiträgt.

Als Antigen diente Alkohol-Rinderherzextrakt (1:5) mit Zusatz von 4% der 1%igen Cholesterinlösung. Gute Resultate erzielten wir auch mit cholesterinisiertem Alkohol-Menschenherzextrakt. Hier sei auf die besondere Herstellungstechnik des Antigens, deren es zur Erzielung einer optimalen Empfindlichkeit desselben bedurfte, aufmerksam gemacht. Vor Einstellung jeder Reaktion gießt Autor in ein Röhrchen 13 ccm 0,75%ige physiologische Kochsalzlösung, welches er alsdann auf 65—70° erwärmt; in ein zweites gibt er 1 ccm 3%ige Kochsalzlösung, dazu 1 ccm des Extraktes, verdünnt das Gemisch mit der heißen 0,75%igen NaCl-Lösung und verteilt es in heißem Zustande auf die Röhrchen. Hierbei sei bemerkt, daß das genau nach dieser Vorschrift hergestellte Antigen keineswegs den Erfolg der Resultate von seiner Anwendung sichert, denn hier muß noch ein Umstand von allgemeinem Charakter in Betracht gezogen werden, und zwar, daß nicht alle Extrakte zur Anstellung der Kadisch-Reaktion (KR) geeignet sind; so waren von vier von uns angewandten Antigenen nur drei genügend klar und brauchbar, während das vierte durch sein trübes Aussehen die Resultate maskierte. Außerdem kommt es auf die Art und Weise des Extraktzusetzens zur 3%igen Kochsalzlösung an: bei langsamem Hinzuträufeln wird das Antigen trübe; wird aber der Extrakt unter die 3%ige Kochsalzlösung gebracht und darauf schnell die heiße 0,75%ige NaCl-Lösung hinzugegossen, so ist das Antigen am brauchbarsten. Es ist überhaupt schwer, irgend welche feste Regeln für die Antigenherstellung anzugeben, hier sind wie bei allen kolloidalen Gemischen nur durch vielfaches Erproben und Experimentieren gute Resultate zu erzielen.

Die Seren wurden auf Eis aufbewahrt; zur Reaktion gelangten sie am Tage der Blutentnahme und nach 1—2—3 Tagen. Es wurden hierbei keine Unterschiede in bezug auf Empfindlichkeit der Reaktion während der 3 Tage beobachtet.

Digitized by Google

Unsere Untersuchungen erstrecken sich auf 553 Fälle. Die KR wurde stets parallel der WR angestellt.

Die nachstehende Tabelle gibt die Möglichkeit Vergleiche zu ziehen.

Diagnose	Zahl der Fälle	Völlige Übereinstimmung mit der WR		Abweichung	
		Zahl der Fälle	Prozentsatz	Zahl der Fälle	Prozentsatz
Aktive Syphilis	63	59	93,6	4	6,4
Latente Syphilis . . .	220	204	92,7	16	7,3
Syphilis des Zentralnervensystems	24	20	83,3	4	16,7
Syphilisverdächtige Fälle	162	145	89,5	17	10,7
Nichtsyphilitische Erkrankungen	65	65	100,0	—	—
Gesunde	19	19	100,0	—	—
Im ganzen	553	512	92,6	41	7,4

Betrachten wir die Tabelle genauer, so sehen wir, daß in 512 von 553 Fällen (92,6%) völlige Übereinstimmung mit der WR erhalten wurde. Gesunde, nichtsyphilitische Erkrankungen, Gonorrhoe, Ulcus molle, Tbc. cutis und andere Hautkrankheiten ergaben nie ein unspezifisches positives Resultat.

In 21 von 41 nicht übereinstimmenden Fällen zeigte sich die KR als empfindlicher als die WR, in 20 Fällen waren die Verhältnisse umgekehrt. Stärkere Abweichung zeigten von diesen 41 Fällen nur 27, d. h. 4,8%. In den übrigen Fällen war die Differenz nur unbedeutend (+ oder ++); berücksichtigt man diese nicht, so steigt der Prozentsatz der Übereinstimmungen bis zu 95,2% an.

Es ist interessant, daß wir eine weit größere Ziffer der völlig übereinstimmenden Fälle als der Autor erhalten haben: er gibt 69,7% an.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die KR eine ungemein schnelle Reaktion, die zu ihrer Ausführung nur 5 Minuten erfordert, darstellt und sehr leicht zu handhaben ist. Sie kann darum als orientierende und bei paralleler Anstellung mit anderen Untersuchungen als sehr wertvolle Ergänzungsreaktion durchaus empfohlen werden.

Literatur

1. Hecht, Kl. W., 1926, Nr. 44. — 2. Zitiert nach Bruynooghe, L'Immunité et ses applications, 1923. — 3. Weinberg, Ann. de l'Inst. Pasteur, 1912. — 4. Muttermilch, Ann. de l'Inst. Pasteur, 1924, Nr. 9. — 5. Zitiert nach Jourdan, M. m. W., 1925, Nr. 39. — 6. Grüssbach, D. m. W., 1925. — 7. Kadisch, M. Kl., 1926, Nr. 13.

Digitized by Google

PROPERTY OF

Referatenteil

Fachzeitschriften

Dermatologische Zeitschrift

1928, Bd. 52, H. 6

Die Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Amerika, von O. Gans-Heidelberg. Verf. gibt in einzelnen Kapiteln einen Überblick über 1. den geschichtlichen Werdegang und die dermatologischen Gesellschaften, 2. die dermatologischen Forschungsinstitute und Kliniken, 3. die dermatologischen Lehrstühle, Unterricht, 4. die Praxis und wirtschaftliche Lage der Dermatologen, 5. die besonderen Hautkrankheiten und Behandlungsmethoden, 8. die Beziehungen zu Europa. Die interessanten Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden.

Zur Frage der Behandlung der nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen auftretenden Infiltrate, von F. J. Tarsis, W. P. Panow und N. M. Wassiljewa, Dermo-Venerolog. Staatsinst. Odessa. S. 394. Infiltrate, die auf die übliche Behandlung mit Wärmeapplikation nicht reagieren, können durch intensive Quarzlichtbehandlung zur Resorption gebracht werden. Zur Behandlung tiefsitzender Infiltrate eignen sich Röntgenstrahlen ($^1/_2$ ED, 1mm Al, bei ganz derben, unverschiebbaren Knoten 4—5 H, 3mm Al). Die Schmerzempfindung wird rasch beseitigt. Zur Beseitigung steinharter Knoten, die auf Quarzlicht und Röntgenstrahlen nicht reagieren, wird Durchwärmung mittels Diathermiestrom empfohlen.

Zur dermatologischen Statistik (unter besonderer Berücksichtigung der Recklinghausenschen Krankheit und der Myome), von U. Saalfeld-Berlin. S. 399. Beide Geschlechter sind an der Recklinghausenschen Krankheit gleichmäßig beteiligt (134 : 130). Das Verhältnis der Hautmyome bei Männern und Frauen beträgt 2 : 1. Statistiken haben nur dann Wert, wenn sie unter genauer Beachtung des Prinzips ceteris paribus aufgestellt werden.

Die Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen Lupus mit Neosalvarsan, von P. Balog. Hautkl. d. Univ. in Pecs. S. 402. Verf. berichtet über sechs erfolgreich mit Neosalvarsan (bis 0,45 gr pro dosi) behandelte Fälle, darunter einen mit Beteiligung der Mundschleimhaut. Zur Neosalvarsanbehandlung eignen sich nur die tuberkulösen Geschwüre der Haut und Schleimhaut, ferner die Granulationsgewebe produzierenden Formen. Je massiger, weicher und gefäßreicher das Granulationsgewebe ist, desto größer die Aussicht auf völlige Resorption. Die Wirkung beruht auf der sauerstoffentziehenden Kraft des Neosalvarsans. F. Harry-Wiesbaden.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

Juli 1918

Studies of Calcium Metabolism in Certain Diseases of the Skin (Studie über den Kalkstoffwechsel bei gewissen Hautkrankheiten), von N. Burgess. Die Untersuchungen B.s scheinen die Feststellungen von Klauder und Brown zu bestätigen, daß nämlich gewisse Dermatosen auf erhöhter Reizbarkeit des Nervenzellensystems beruhen, die verursacht ist durch Kalkmangel in den Geweben. Die Behandlungsresultate bei dieser Art von Fällen zeigen, daß Kalk- und Schilddrüsenzufuhr von besonderem Wert bei Dermatosen nervösen Ursprungs ist. Fälle von Urtikaria, speziell solche mit ausgesprochenem Dermographismus, Prurigo des Besnierschen Typs, totale Alopecia areata, Ekzema zeigen in der großen Mehrzahl der Fälle ausgesprochene Verminderung des Kalziums im Blutserum. Fälle von Akroasphyxia und Erythema pernio können in zwei Gruppen geteilt werden — solche mit hochgradig vermindertem Kalkniederschlag und solche, bei welchen der Kalkgehalt des Blutserums ein normaler ist. Fälle von Urtikaria, Prurigo, Ekzema und jene Fälle von Akroasphyxia und Frostbeulen mit geringem Kalkgehalt im Serum wurden mit Kalk- und Schilddrüsentherapie beträchtlich gebessert. Nur ein Fall von Psoriasis zeigte eine Verminderung der niederschlagbaren Kalkmenge im Serum,

Digitized by Google

zwei Fälle (von fünf) seborrhoischer Dermatitis ebenso, in einem Fall von Erythema wurde geringe Verminderung des Kalkgehalts im Serum gefunden, während derselbe in einem Fall Dariercher Krankheit und einem von Acrodermatitis continua normale Zahlen aufwies. Zur Erklärung dieses Verhaltens des Kalkstoffwechsels wird eine mangelhafte Funktion der endokrinen Drüsen angenommen, welche eine Veränderung im chemischen oder physikalischen Zustande des Kalziums im Blutserum bewirkt, so daß eine Verminderung der von den Geweben ausnützbaren Kalziummenge eintritt; dieselbe wiederum soll zu einer erhöhten Reizbarkeit des sympathischen Nervensystems und letztere schließlich zur Bildung von Hautschädigungen führen.

Note on the Family history in a Case of Epidermolysis Bullosa Hereditaria (Bemerkung zur Familiengeschichte in einem Falle von Epidermolysis bullosa hereditaria), von F. P. Weber. Primär handelte es sich um einen 2 Jahre 8 Monate alten Knaben, bei dem seit dem dritten Monat, beginnend an der linken großen Zehe und dann Extremitäten und Stirne befallend, die Blasenbildung aufgetreten war; dieselbe stellte sich auch bei geringer äußerer Einwirkung (Reiben der Haut) ein, und zwar scheinbar leichter im Frühjahr und Herbst. Auch der Vater des kleinen Patienten, 30 Jahre alt, litt gegenwärtig an Epidermolysis bullosa mäßigen Grades, hauptsächlich der Unterextremitäten, und hat einige seiner Finger- und Zehennägel verloren. Es werden dann noch eine Anzahl Familienglieder in auf- und absteigender Linie angeführt, von welchen ebenfalls ein Teil mit der gleichen Hautaffektion befallen sind, was in einer ganz merkwürdigen Reihenfolge sich kundgibt. Die WR und MTR waren beim Vater des Patienten negativ. Die kartographische Darstellung der befallenen Familienglieder ist eine recht interessante. M. Stern-München.

The Urologic and Cutaneous Review

1928, Bd. 32, Nr. 7

The Index of Permeability of the Meninges (Der Index der Durchlässigkeit der Meningen), von B. Dujardin-Brüssel. S. 421.

Syphilis and Veneral Diseases as Factors in Race Degeneration (Syphilis und venerische Krankheiten als Faktoren der Rassendegeneration), von L. Bard-Buenos Aires. S. 423. Syphilis und andere venerische Krankheiten haben ebenso wie Alkoholismus in Argentinien eine überaus große Verbreitung und üben einen ungünstigen Einfluß auf die Entwicklung der Rasse aus. Die bisher dagegen ergriffenen Maßnahmen sind ganz unzureichend, was den Verf. veranlaßt hat, den gesetzgebenden Körperschaften Vorschläge für zweckmäßige Bekämpfung zu unterbreiten. Um ihre Berechtigung zu erweisen, werden die Erfahrungen und Einrichtungen anderer Länder geschildert.

Neurolues, von G. H. Monrad-Krohn, Oslo. S. 430. (Fortsetzung folgt.)

Pemphigus Acutus and Impetigo Contagiosa. On the Question of the Identity of the Two Diseases in Childhood (Pemphigus acutus und Impetigo contagiosa. Über die Frage der Identität der beiden Krankheiten im Kindesalter), von K. Gawalowski-Prag. S. 435. Während Pemphigus neonatorum als typische Form der Impetigo contagiosa bei ganz kleinen Kindern, andererseits Pemphigus acutus bei Erwachsenen ziemlich häufig sind, liegen Beobachtungen über letztere Form bei Kindern kaum vor. In kurzer Zeit wurden drei Fälle beobachtet; zwei (bei einem 5 Jahre und einem 7 Wochen alten Kinde) glichen sich vollkommen im Auftreten einer typischen Impetigo contagiosa im Gesicht und gleichzeitigem Pemphigus acutus am Körper, während in dem dritten Falle die bei einem 5jähr. Kinde in zirzinärer Form im Gesicht und an den Genitalien gruppierten Effloreszenzen mehr den Eindruck einer Dermatitis herpetiformis machten. Der klinische Verlauf und der bakteriologische Befund in den beiden ersten Fällen sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für die Identität von Pemphigus vulgaris acutus und Impetigo contagiosa bei Kindern; man muß dann annehmen, daß die Gesichtshaut anders reagiert als die Haut des übrigen Körpers. Jedoch kann nicht behauptet werden, daß der Pemphigus der älteren Kinder ebenso wie der Pemphigus neonatorum infektiös ist; vielmehr kommen pathogenetisch Autointoxikationen, Störungen der inneren Sekretion oder andere prädisponierende Ursachen in Frage.

Primary Ureteral Carcinoma with Case Report and a Review of the Literature (Primäres Ureterkarzinom mit Bericht eines Falles und einem Überblick über die Literatur), von L. P. Player-San Francisco, Cal. S. 438. Findet sich im Lumen des Ureters eine Neubildung ohne sonstige Zeichen einer Tumorentwicklung, so handelt

Digitized by Google

es sich ziemlich sicher um ein primäres Neoplasma. Metastasen oder direkte Ausbreitung auf den Ureter von der Nachbarschaft her ist infolge des Widerstandes des Ureterwalles gegen die Infektion selten. Als Metastasen von Ureterkarzinomen können benigne Papillome auftreten. Typische Symptome der Erkrankung fehlen, vorherrschend sind Hämaturie (nicht von peristaltischem Typus) und Schmerzen. Die frühzeitige Entfernung gibt gerade hier gute Resultate.

The Abortive Treatment of Gonorrhea: Its Definition and Technique (Die Abortivbehandlung des Trippers: ihre Definition und Technik), von M. Carle-Lyon. S. 444. Der Begriff der Abortivbehandlung soll nicht auf die unmittelbare Unterdrückung der Entwicklung der Krankheit durch ein oder zwei Einspritzungen innerhalb 4—5 Tagen beschränkt werden, sondern alle Fälle umfassen, in denen es gelingt, die Gonokokken schnell abzutöten, den Ausfluß in 48 Stunden zum Schwinden und die ganze Krankheit in zwei Wochen zur Heilung zu bringen. Damit kann auch die Indikation für die Behandlung weiter gestellt werden; erforderlich ist, daß Schmerzen fehlen, das Sekret soll höchstens leicht schleimig-eitrig sein und wenige, meist noch extrazelluläre Gonokokken enthalten; erster Urin klar oder leicht opak mit Fäden. Für die Behandlung sind von vornherein die großen Spülungen nicht zu verwerfen, jedoch nur unter der Voraussetzung, daß der Patient wenigstens zweimal täglich zu ihrer Vornahme zum Arzt kommt. Da das meist nicht durchgeführt wird und leicht ein Schaden eintritt, wird man doch den Einspritzungen den Vorzug geben; diese müssen vom Arzte dem Patienten gezeigt werden. Als Einspritzungsflüssigkeit wird Silbervitelline und Silberalbumose, besonders letzteres empfohlen, beginnend mit 2%, steigend auf 3—4—5%. Einspritzungen viermal täglich, jedesmal eine erste zur Reinigung, dann eine zweite, die 2—6 Minuten und länger zurückgehalten werden soll. Die Konzentration und Länge der Einspritzungen muß sich nach der Reaktion der Harnröhre richten. Im allgemeinen kann man mit der Dauer der Behandlung von 2—3 Wochen rechnen, sie darf nicht nach Schwinden der Gonokokken ausgesetzt werden. Vakzinebehandlung kann zur Unterstützung dienen. Nach Beendigung der Behandlung längere Beobachtung.

Observations on Urological Surgery (Beobachtungen aus der urologischen Chirurgie), von L. Frank-Louisville, Kentucky. S. 446.

Pathology of Urticaria pigmentosa (Pathologie der Urticaria pigmentosa), von Lajos Török-Budapest. S. 449. Die Zellmassen der Urticaria pigmentosa stammen von einer Proliferation von Bindegewebszellen des Koriums, nicht von extravasierten weißen Blutkörperchen. Fraglich ist, ob die Anhäufung von Mastzellen auf Umwandlung der vermehrten Bindegewebszellen oder auf Proliferation der Mastzellen selbst beruht. Die vermehrte Tätigkeit und Proliferation dieser Zellen führt zur Bildung und zum Freiwerden von Stoffen, durch die sekundär die urtikarielle Schwellung bedingt wird. Die Bezeichnung als Urtikaria ist nicht zutreffend, es besteht eine offenbare Beziehung zum Pigmentnävus. In klinischer und histologischer Beziehung besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen Urticaria pigmentosa bei Kindern und bei Erwachsenen; bei beiden brauchen die Pigmentherde nicht kongenital zu sein, sie entwickeln sich jedoch auf der Grundlage von Bedingungen, die kongenital sind.

The Etiology and Treatment of Eczema and Urticaria (Die Ätiologie und Behandlung von Ekzem und Urtikaria), von Th. M. Paul-St. Joseph, Mo. S. 452. Ekzem und Urtikaria entwickeln sich als Folge von Toxalbuminen, die der Neutralisation entgehen und die Haut erreichen. Es wird so das häufige Auftreten bei Diabetikern infolge des fehlenden Pankreassekretes verständlich; bei Nichtdiabetikern spielt mangelhafte Milzfunktion eine Rolle. Mit subkutanen Einspritzungen eines Extraktes von Schweinemilz wurden gute Erfolge erzielt, wenn genügend kräftige Dosen zur Anwendung kamen.

Deep Primary Blastomycosis of the Skin (Tiefe Blastomykose der Haut), von Synowy Grshebin-Smolensk. S. 453. Bei einem 12jähr. Knaben fanden sich am Kopf ausgedehnte Ulzerationen, die in die Tiefe reichten und zu Knochennekrosen führten. Nach Auftreten einer Pleuropneumonie ging der Kranke unter den Erscheinungen von allgemeinen Ödemen, progressiver Kachexie und Lungenödem zugrunde. Aus den Geschwüren und der Punktionsflüssigkeit der Pleuritis wurden Blastomyzeskulturen gewonnen von creme-weißer Farbe, bestehend aus runden Hefezellen, von denen einige sich im Stadium der Sporulation befanden; in der Kultur von dem pleuritischen Exsudat auch einige Myzelfäden. Nach Überimpfung auf eine weiße Maus ging das Tier zugrunde; aus seinen inneren Organen konnten Blastomyzetenkulturen gezüchtet werden. Die von dem Patienten gewonnene Kultur gab in starken Verdünnungen positive Intrakutanreaktion.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine

1928, Bd. 21, Nr. 8

Section of Dermatology

Sitzung vom 15. März 1928

W. J. O'Donovan: **Exfoliative Dermatitis with General Pigmentation** (Exfoliierende Dermatitis mit allgemeiner Pigmentierung). Seit $1^1/_2$ Jahren hat sich mit einzelnen Flecken beginnend über den größten Teil des Körpers eine juckende und schuppende Dermatitis entwickelt, im Anschluß an die eine allgemeine Pigmentierung aufgetreten ist. Vorübergehend hat eine Behandlung mit Arsen in schwachen Dosen stattgefunden. Es besteht Anämie, keine leukämischen Veränderungen, keine Zeichen von perniziöser Anämie.

H. C. Semon: **Granuloma Fungoides? Case for Diagnosis** (Granuloma fungoides? Fall zur Diagnose). Es finden sich zweierlei Erscheinungen, rötliche, leicht schuppende Effloreszenzen, die zum Teil einem seborrhoischen Ekzem ähnlich sehen, und flache, erhabene, weiche Knötchen von Erbsen- bis Daumennagelgröße mit Neigung zu Nekrose, die mit einem Schorf abheilen, unter dessen Rande sich eine kleine Menge schleimig-eitriger Flüssigkeit hervordrücken läßt. Die Kultur von ihr ergibt hämolytische Staphylokokken. Gegen Mycosis fungoides spricht das Fehlen von Jucken, die geringe Veränderung der Knötchen auf Röntgenbestrahlungen und die Tatsache, daß sie nicht tomatenähnlich, hyperplastisch sind. Es kann vorläufig für die Affektion nur die obige Bezeichnung gegeben werden.

F. P. Weber: **Unilateral Erythro-cyanosis Crurum Puellarum** (Einseitige Erythro-cyanosis crurum puellarum). Befallen ist nur das rechte Bein, das infolge einer infantilen Paralyse einen Locus minoris resistentiae darstellt. An beiden Beinen bestehen Zeichen einer konstitutionell mangelhaften peripheren Zirkulation.

W. N. Goldsmith: **Chronic Superficial Glossitis with Black „Fur"** (Chronische oberflächliche Glossitis und schwarze Haarzunge). Die Erscheinungen haben sich im Anschluß an einen Zungenbiß bei Gelegenheit eines epileptiformen Anfalles entwickelt. Aus den Auflagerungen wurden Cryptococcus linguae pilosae und Nocardia lingualis (Actinomyces guegeni) gezüchtet.

E. G. Graham Little: **?Pityriasis Rubra Pilaris. Case for Diagnosis** (Pityriasis rubra pilaris? Fall zur Diagnose). Follikuläre Knötchen mit tiefer Braunfärbung seit 30 Jahren bestehend.

E. G. Graham Little: **Lichen planus.** Eigentümliche knötchenförmige Läsionen in den Achseln; außerdem am Vorderkopf Erscheinungen, die man als hypertrophischen Lichen planus ansprechen würde, wenn die Lokalisation dafür nicht sehr ungewöhnlich wäre.

A. M. H. Gray: **Haemangiectatic Hypertrophie (Parkes Weber)** (Hämangiektatische Hypertrophie [Parkes Weber]). Das rechte Bein erscheint breiter und dunkler als das linke; am Knie finden sich Venendilatationen. Am Unterschenkel ist bei dem jetzt $10^1/_2$ Jahre alten Knaben vor 2—3 Jahren ein pigmentierter Fleck aufgetreten, der sich allmählich vergrößert hat. Es wurde zuerst ein kongenitaler naevoider Zustand angenommen; doch glaubt Vortr. jetzt, daß es sich um einen entzündlichen handelt.

E. Levin-Berlin.

Acta Dermato-Venereologica

1928, Bd. 8, Nr. 6

Nouvelles données dans la doctrine de la trichophytie (Neue Tatsachen der Trichophytielehre). (Chronische Trichophytie der Haut und ihrer Anhangsgebilde bei allen Mitgliedern einer Familie, durch Schleimhaut-, Lymphdrüsen- und Knochenaffektionen kompliziert), von A. Pélévine und N. Tschernogouboff. S. 397—446. Mutter, drei Söhne und eine Tochter waren von der Krankheit ergriffen. Außerordentlich chronisch verlaufender Krankheitsprozeß, oberflächliche entzündliche Veränderungen der Haut und der Schleimhäute, kalte Abszesse, ausgedehnte Schwellung und eitrige Einschmelzung der Lymphdrüsen, bei einem Kranken außerdem Knochenkaries. Bei allen Kranken Lungenveränderungen, Eosinophilie im Blut, leichte Milzschwellung und sympathiko-

Digitized by Google

tonische Symptome. Ausgedehnte Beschreibung der histologischen Befunde. Alle Veränderungen waren nachweisbar verursacht durch Trichophyton violaceum (Sabouraud). Therapeutisch waren intrakutane Vakzineinjektionen erfolgreich. Historische Betrachtungen und klinische Postskripta beschließen die umfangreiche, mit zahlreichen Abbildungen versehene Arbeit.

An Investigation of the Red Cell Sedimentation Reaction in Different Skin Diseases (Untersuchung der Blutkörperchensenkung bei verschiedenen Hautkrankheiten), von J. Strandberg. S. 447—465. An dem Material der Almkvistschen Klinik und Poliklinik wurde das Verhalten der Blutkörperchensenkungsreaktion bei den verschiedenartigsten Hauterkrankungen untersucht. Einige Hauterkrankungen, besonders solche infektiöser Ätiologie, zeigten erhöhte SR-Werte. Man sollte daher bei der Erforschung von Dermatosen unbekannter Ätiologie den Ausfall der Senkungsreaktion beachten. Einige unbedeutende und leicht übersehbare Hautaffektionen beeinflußten deutlich die SR. Daher muß der Beurteilung der Blutkörperchensenkungsreaktionen eine sorgfältige Inspektion der Haut vorangehen.

Lentiginosis profusa unilateralis, von K. Grau. S. 466—473. Beschreibung der eigenartigen und in der Literatur nur sehr selten beschriebenen Krankheitsbilder bei einem 30jähr. Manne. Neurogener Ursprung der Lentigines erscheint in diesem Falle am wahrscheinlichsten, auch endokrine Insuffizenz kommt in Frage.

Cancer débutant comme maladie de „Bowen", avec métastases multiples (Als „Bowensche Krankheit" beginnendes Karzinom mit multiplen Metastasen), von C. Postma und F. G. Insinger. S. 474—484. Beschreibung eines tödlich verlaufenen Falles, bei dem die Primäraffektion in Veränderungen von Bowenschem Typus am Oberschenkel bestand. Es wird vorgeschlagen, diesen Fall entweder als ein Hautepitheliom von besonderem Typus zu bezeichnen oder die Definition des Begriffes der „Bowenschen Krankheit" derartig zu erweitern: „Die Bowensche Krankheit ist eine Affektion der Haut oder Schleimhaut, die unter klinischem Gesichtspunkte charakterisiert wird durch eine allmähliche Entwicklung, exsudative Läsionen, Krusten und Hyperkeratose, multiple oder solitäre Lokalisation und die zu bestimmtem Zeitpunkt karzinomatös entartet. Histologisch handelt es sich um ein Epitheliom von hyper-, para- und dyskeratotischem Typus, das mitunter Hornkugeln produziert und von Zellen des Stratum spinosum seinen Ausgang nimmt." M. Gumpert-Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1928, Bd. 9, Nr. 6

La malariathérapie dans le traitement de la syphilis (Die Malariatherapie bei der Behandlung der Syphilis), von J. Wagner-Jauregg-Wien. S. 449. Die Wirkung der Malariatherapie bei der progressiven Paralyse ist desto erfolgreicher, je früher die Behandlung einsetzt. Bei beginnenden Fällen beobachtete Verf. vollständige Remission in 83%. Deshalb sollte auch bei Syphilitikern in der Spätlatenz (mit positivem Liquorbefund) die Malariatherapie angewandt werden. Es ist Kyrles Verdienst, gezeigt zu haben, daß bei solchen Kranken durch eine Malariabehandlung mit vorhergehender und anschließender Neosalvarsankur der Liquor saniert werden kann. Verf. sah bei Hunderten von so behandelten Fällen bisher keine Paralyse entstehen. Auch bei fortschreitenden Tabesfällen, wo die Salvarsanbehandlung versagt, sollte die Malariabehandlung versucht werden. Es kommt öfter zum Stillstand der Erkrankung. Bei Pat. vorgerückten Alters oder bei Organfehlern soll nach zwei bis höchstens vier Anfällen die Malaria kupiert werden. Über acht Anfälle hinaus sollte im allgemeinen nicht gegangen werden, ausnahmsweise bei sehr guter Verträglichkeit bis zu zehn oder zwölf Anfällen. Nach des Verf. Ansicht wirkt die Malariatherapie auch neurotrop. Für die sekundäre Syphilis wird die Malariatherapie ebenfalls warm befürwortet bei gleichzeitig vor- und nachheriger Salvarsanbehandlung. Wagner-Jauregg glaubt, daß der Organismus eine solche Behandlung besser verträgt als das bisherige Mehrkurensystem. (Die Angabe des Verf., wonach E. Hoffmann bei jeder Kur 10 g Neosalvarsan injiziert, beruht auf einem Irrtum. Hoffmann empfiehlt als Maximalbehandlung bei jeder Kur bis 7,2 g Neosalvarsan bei kräftigen Männern. Ref.)

Atrophies et synéchies unguéales d'origine hérédo-syphilitique (Nagelatrophie und Synechie kongenital-syphilitischen Ursprungs), von P. Ravaut und Monnerot-Dumaine. S. 461. Bei einem 15jähr. Mädchen bestehen seit dem 6. Lebensjahre mannig-

Digitized by Google

faltige Nagelveränderungen an Händen und Füßen. Die Nägel sind gestreift, unregelmäßig; der Nagelrand ist verwischt, die Haut ist oft ganz herübergewachsen. An einzelnen Fingern bestehen nur Nagelreste. 2 Abbildungen.

Contribution à l'étude des lésions des glandes endocrines observées chez des hérédo-syphilitiques (Beitrag zum Studium der bei Kongenitalsyphilitischen beobachteten Veränderungen der endokrinen Drüsen), von J. Payenneville und F. Caillian. S. 469. Bei Kongenitalsyphilitischen, die irgend ein endokrines Syndrom zeigen, sind die jeweils befallenen endokrinen Drüsen immer syphilitisch erkrankt; die Spir. pall. ist sehr oft nachzuweisen. Die Nebenniere ist nächst Leber und Milz am meisten befallen. Histologisch finden sich interstitielle Hämorrhagien und perivaskuläre Veränderungen. Miliare Gummen sind selten; die Sklerose wiegt vor. Um die Gefäße finden sich zahlreiche Spir. pall. Auch bei der Thyreoidea bestehen vorwiegend Gefäßveränderungen und sklerotische Prozesse. In der Hypophyse sind zahlreiche Gummen nachzuweisen. Beim Hoden herrscht Sklerose vor, bei der Thymusdrüse gleichfalls. In allen Veränderungen waren zahlreiche Spir. pall. nachzuweisen.

Encore quelques considérations sur la maladie de Robert Lee (Creeping disease) (Noch einige Betrachtungen über die Leesche Krankheit), von Th. Photinos. S. 486. Auf Grund eines einschlägigen Falles von ausgedehnter Creeping disease, bei der aber keine Erreger zu finden waren, wird die Klassifizierung der verschiedenen Arten dieser Erkrankung kritisch betrachtet. Als Erreger werden genannt: Gastrophiluslarve, Hypodermalarve (H. bovis und lineatum), Gnathostoma siamense, Ecchinorhynchus spharocephalus. Unterschieden wird eine typische Form, die keine Entzündungserscheinungen aufweist, und eine atypische Form, bei denen die Krankheitserscheinungen ausgesprochener sind und oft entzündlichen Charakter tragen. Die Cazenavesche Einteilung (Ref. diese Wschr., 1927, Bd. 32) in europäischen und afrikanischen, japanischen und amerikanischen Typ wird nicht gutgeheißen. Verf. bringt alle diese Formen seiner Ansicht nach in seinem Schema mühelos unter. Die von Fülleborn experimentell bei sich selbst erzeugte Creeping disease, hervorgerufen durch Larven der Uncinaria stenocephala, ähnelt den in Florida beobachteten Fällen. 15 Abbildungen.

Deux cas de Trichophytie faviforme généralisée (Zwei Fälle generalisierter faviformer Trichophytie), von J. Golay, Univ.-Hautkl. Genf. S. 508. Beobachtung bei zwei Brüdern, $13^1/_2$ und 7 Jahre alt. Zahlreiche Herde auf dem Kopf, im Gesicht, am Rumpf und an den Extremitäten. Bei dem älteren Bruder sind die Veränderungen lichenifiziert und erythematös-squamös, bei dem jüngeren Bruder sind die Ränder ausgesprochen papulös. Es finden sich weder Bläschen noch Pusteln. Die Kultur und Inokulationsversuche des Verf. fielen negativ aus. Erst Sabouraud, dem Schuppen zugeschickt waren, gelang es, Trychophyton, wahrscheinlich vom Typus discoides, nachzuweisen. 5 Abbildungen.

A. Holländer-Bielefeld.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

1928, Jahrg. 4, H. 1

Contribution à l'étude du traitement du lupus erythémateux par les sels d'or (le Krysolgan) (Zur Behandlung des Lupus erythematodes mit Goldsalzen [Krysolgan]), von S. Nicolau und J. Schmitzer-Bukarest. S. 4. Mit einem Zwischenraum von 10 Tagen werden durchschnittlich acht intravenöse Injektionen Krysolgan gegeben, steigend von 0,0001—0,1 g. Die Kur darf nicht vor 6—8 Wochen wiederholt werden. Bei 43 so behandelten Fällen traten nur zweimal leichte Albuminurien auf. Die Urinkontrolle ist daher die Voraussetzung der Krysolganbehandlung. 66 Beobachtungen stehen Verf. zur Verfügung. Es waren hiervon 17 oberflächliche Formen, 49 waren Varietäten aller Art. Erreicht wurde die vollkommene Heilung in 34 Fällen, das sind 51%. Gebessert wurden 41%, ohne Einfluß blieben 5 Fälle. Bemerkt wird, daß keinerlei lokale Behandlung gleichzeitig stattfand.

Deux cas d'érythème induré de Bazin: le premier géant, le deuxième nain, avec tuberculides papulonecrotiques superposées (Zwei Fälle von Erythema Bazin, eine Riesen- und eine Zwergform, mit aufgelagerten papulonekrotischen Tuberkuliden), von Gougerot und Filliol. S. 13. Beide Fälle werden ausführlich beschrieben, über histologische Untersuchung wird nichts gesagt. Heilung unter Narbenbildung durch Salvarsan, Tuberkulin und lokale Jodsalbenbehandlung.

Digitized by Google

Gommes et abcès froids staphylococciques (Gummen und kalte Abszesse durch Staphylokokken), von G. Millian. S. 17. Nach Anthraxinfektion war bei einem Kolonialoffizier eine Staphylokokkenseptikämie gefolgt, welche in chronische Infiltrate der Haut, Unterhaut und der Muskulatur überging. Temperaturen bis 37° C. Die Erkennung war zunächst durch das gleichzeitige Bestehen einer alten Lues erschwert. Milian glaubt, daß solche Infektionen mitunter für Lues oder Tuberkulose gehalten werden. Auch Mykosen werden damit leicht verwechselt. In den äquatorialen Ländern ist die Krankheit unter dem Namen Lambokrankheit bekannt und bildet vorwiegend muskuläre Abszesse. Vakzinetherapie führt zur Heilung.

Jahrg. 4, H. 2

L'antigénothérapie du chancre mou (Die Antigenbehandlung des Ulcus molle), von E. Rivalier. S. 70. Das Ulcus molle ist keine immunisierende Erkrankung; es macht nur einen besonderen Zustand von Allergie. Als Antigen wird ein Extrakt aus ausgetrockneten, zerriebenen Streptobazillen benutzt, der intramuskulär gegeben wird. Die Antigenbehandlung ist der gewöhnlichen Proteinkörpertherapie überlegen, aber die Herstellung des Antigens ist umständlich, und ihre Wirksamkeit wird von dem Sensibilitätsvermögen des Erkrankten bestimmt. Dieses muß erst durch intradermale Reaktion festgestellt werden. Ist die Intradermoreaktion gleich Null oder schwach, so muß mit der Antigenbehandlung gewartet werden ohne Rücksicht auf die Infektiosität. Zur Heilung gehören starke Reaktionen; drei intramuskuläre Injektionen werden gemacht, weitere sind nutzlos. Praktisch ist die Herstellung des Antigens schwierig.

L'activation de la syphilis par le traitement antisyphilitique (Aktivierung der Syphilis durch die antisyphilitische Behandlung), von G. Milian. S. 86. Beitrag zur Frage der Provokation, der Entstehung von Neurorezidiven und der Aktivierung der Lues durch ungenügende Salvarsanbehandlung.

Influence de la syphilis sur les albuminuries de la gestation (Einfluß der Syphilis auf die Schwangerschaftsalbuminurien), von P. Vernier. S. 98. Zur Beurteilung sind wichtig die gleichzeitig vorhandenen klinischen Symptome und deren Schwere, aber auch Zeitpunkt und Maß der eingeleiteten oder einzuleitenden spezifischen Behandlung. Salvarsan beherrscht das therapeutische Feld, manchmal ist vorsichtig auch Bismut brauchbar. Wenn die Albuminurie nach jeder Injektion zunimmt, ohne am dritten Tage zu fallen, so darf zunächst überhaupt nicht spezifisch behandelt werden.

Néphrite syphilitique préroséolique (Luetische Nephrose vor Ausbruch der Roseola), von Lenormand. S. 105. Kasuistischer Beitrag. Behandlung mit Hg, dessen diuretische Komponente hierbei von besonderem Nutzen ist.

Aménorrhée, asthénie, amaigrissement, diarrhée syphilitiques secondaires (Amenorrhoe, Asthenie, Abmagerung und diarrhoische Zustände durch Lues secundaria), von G. Milian. S. 108. Beitrag nebst Hinweis, daß diese im allgemeinen der latenten Tuberkulose zugeschriebenen Symptome oftmals luetischen Ursprungs sind.

Jahrg. 4, H. 3

Fièvre syphilitique secondaire prolongée (Protrahiertes sekundärluetisches Fieber), von G. Milian. S. 132. Ein 16jähr. Mädchen mit hypertrophischen Papeln an der Vulva und stark positivem Wassermann, aber ohne sonstige Erscheinungen hat 5 Wochen hindurch ständiges Fieber um 38° C herum. M. leitete erst nach dem spontanen Abfall des Fiebers absichtlich die spezifische Behandlung ein. M. stellte sich die Frage, ob es in solchen Fällen — die ja nur in der Klinik so abwartend behandelt werden dürfen — nicht stets besser ist, die natürliche Abwehrreaktion des Organismus sich entwickeln zu lassen und dann spezifisch zu behandeln.

Prurigo circiné et rubané (Gürtel- und bandförmige Prurigo), von Gougerot und F. P. Merklen. S. 134. Der durch Form und Intensität auffallende mehrfach nachuntersuchte Fall setzte der Therapie großen Widerstand entgegen; Eigenblutinjektionen brachten vorübergehendes Verschwinden.

Piqueté purpurique cervico-thoracique des crises comitiales (Purpuraartige Stichelung der Hals- und Thoraxhaut bei organischen Krampfanfällen), von G. Milian. S. 137. Diese aus multiplen ganz kleinen Petechien bestehenden Hautblutungsherdchen finden sich bei Leuten mit organischen Krampfanfällen wie Epilepsie, und zwar 4 bis 5 Tage nach dem Anfall. Sie sind die Folge der mächtigen Kongestion im Kreislaufgebiet des oberen Thorax. Sie finden sich niemals bei Hysterischen.

Digitized by Google

Jahrg. 4, H. 4

Préparation des vaccins, gonocoque et bacille chancrelleux (Herstellung der Gonokokkenvakzine und Ulcus-molle-Vakzine), von A. Girauld. S. 195. Die Herstellung der Gonokokkenkulturen und der Gonokokkenvakzine (Auto- und Stockvakzine) nach eigener Methode und nach den Angaben von Nicolle, Blaizet, Durupt, Ferrari wird ausführlich besprochen, desgleichen die Gewinnung der Ulcus-molle-Vakzine nach eigener und fremder Methode. Brauchbar sind nur Ulcus-molle-Kulturen auf festen Medien, die nachher zwecks Injektion wieder in homogene Emulsionen verwandelt werden müssen. Dies wird genauer beschrieben.

Epilepsie jacksonienne cinq mois après le chancre (Jacksonsche Epilepsie 5 Monate nach Schankerinfektion), von G. Milian und Lotte. S. 209. Dies Bild war hervorgerufen durch ungenügende Salvarsanbehandlung, und als echtes Neurorezidiv war es schnell der Heilung zugänglich.

Un nouveau stigmate de syphilis héréditaire: l'hyperostose de l'extrémité sternale de la clavicule droite (Ein neues Stigma der Lues hereditaria: Hyperostose des sternalen Endes der rechten Klavikula), von G. Higoumenakis. S. 213. Verf. verfügt über 26 Beobachtungen als Beleg für diese seine neuartige und interessante Behauptung; der Arbeit liegt auch eine Abbildung bei. Verf. erklärt die Entstehung der Knochenanschwellung anatomisch; entwicklungsgeschichtlich bildet sich der sternale Schlüsselbeinanteil auf Kosten des Bindegewebes, welches sich ohne Knorpelpassage direkt in Knochen umwandelt. Biologisch begründet Verf. es so: Die Spirochaeta pallida ist ein Parasit des Bindegewebes und lymphatischen Gewebes par excellence, und einmal während des intrauterinen Lebens disseminiert, setzt er sich mit Vorliebe in den bindegewebigen und lymphatischen Geweben fest. Die Spirochäte verschont dabei nicht das Skelett und gelangt dabei gleicherweise bis zur Klavikula, deren innerer Teil eben aus Bindegewebe unmittelbar geformt wird. Mechanisch erklärt Verf. das Vorkommen besonders rechtsseitig durch die Häufigkeit der Rechtshändigkeit, wobei also der bei Schulterbewegungen auf das eine Schlüsselbeinende ausgeübte Druck als mechanischer Reiz einen Locus minoris resistentiae entstehen lasse. Man darf auf die Nachprüfungen gespannt sein. (R.)

Dysidrose guérie par le traitement antisyphilitique (Dyshidrosis durch antiluetische Behandlung geheilt), von G. Milian. S. 225. Typischer Fall akuter Dyshidrosis beider Hände und Füße ohne Ekzem bei nicht nachweisbarer Lues. Da nach Milian häufig diese akuten Fälle von Dyshidrosis syphilitischer Herkunft sind, wurde auch in diesem Falle prompter Erfolg durch Salvarsan erzielt. Nach 2 Tagen waren alle Bläschen eingetrocknet; nach zwei Salvarsaninjektionen war Pat. geheilt und wurde entlassen.

Jahrg. 4, H. 5

Erythrose pigmentée peribuccale (Erythrosis pigmentosa peribuccalis), von G. Milian. S. 259. Die von Brocq 1923 beschriebene, bei Frauen auftretende Erkrankung der Mundpartien ist nach M. nicht eine rein trophische Störung, sondern im Gegenteil eine lokale Läsion infolge einer Infektion, im vorliegenden Fall syphilitischer Natur.

Trichophytie cutanée généralisée pustuleuse consécutive à un Kérion du cuir chevelu (Generalisierte, pustulöse Hauttrichophytie nach Kerion der behaarten Kopfhaut), von G. Milian und Photinos. S. 266. Klassisches Beispiel für die Lehre von der Aussaat der Kopftrichophytie über Rumpf und Glieder. Es handelte sich kulturell um das Trichophyton gypseum asteroides, wobei jedenfalls nicht der hämatogene Weg, sondern die exogene Weiterverschleppung für die Übertragung in Frage kommt. Gute Bilder unterstützen die Anschaulichkeit.

Onyxis syphilitique en vagues de salbe (Wellensandartige syphilitische Onychie), von G. Milian. S. 274. An allen Fingernägeln zeigen sich lineäre, der Nagelmatrix benachbarte transversale, feine, wie der Seestrand gekräuselte, schwärzliche Linien, die in der fortdauernden Infektion der Matrix ihre Ursache haben. Der Nagel selbst ist verbogen und verdickt. Die Melanose ist das Gegenstück zu der Melanose, die an der Wangenschleimhaut neben der Leukoplakie zu finden ist.

Pityriasis rose consécutif à un panaris (Pityriasis rosea nach Panaritium), von G. Milian. S. 277. Nach einem Panaritium des Daumens entwickelte sich hieran anschließend und sich vom Arm auf den ganzen Körper fortsetzend eine typische Pityriasis rosea. M. glaubt, daß ein infektiöser Entstehungsmodus der Krankheit auf solche Art nicht ganz auszuschließen sei.

H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Handbuch für Hautkrankheiten (Manuale di Malattie cutanee), von V. Montesano. Bd. 1, Preis: 50 Lire. Verlag Pozzi, Rom 1928. Der Band von etwa 350 Seiten in ausgezeichnetem Druck ist mit zahlreichen Abbildungen ausgestattet, die teilweise auf persönlichen Beobachtungen basieren, zum Teil aus der Sammlung Manassei, des ehemaligen Direktors der Hautklinik in Rom, stammen. Der Autor ist der bekannte Sekretär der italienischen Gesellschaft für Dermatologie. Er behandelt in diesem ersten Band seines Werkes den allgemeinen Teil (Anatomie, Physiologie, Pathologie und allgemeine Therapie) und eine beachtliche Anzahl von Hautkrankheiten (Zirkulationsstörungen, Dermatitiden, dermatologische Erscheinungen, die mit den Blutkrankheiten zusammenhängen, Pemphigus, Sklerodermie, Hautatrophie, Neurodermitis, Keratosis). Hinsichtlich der Einteilung des Materials hält sich der Verf. treu an das bekannte Handbuch von Neisser und Jadassohn, das er vor nunmehr 20 Jahren ins Italienische übersetzte. Das Buch zeigt das umfassende Wissen des Verf.s, der die Ergebnisse der neuesten Untersuchungen darin berücksichtigt und es durch eine reiche Quellenangabe vervollständigt hat.

M. Monacelli-Rom.

Hautkrankheiten (Malattie cutanee), von F. Radaeli. Preis: 95 Lire. Verlag Vallardi, Mailand 1927. Dieser Band umfaßt die dritte Ausgabe der „Diagnostik der Hautkrankheiten" desselben Autors, der sowohl in Italien als auch im Auslande sich bereits einen Namen erworben hat. Es handelt sich hier in der Tat um eine beachtenswerte Erweiterung der vorhergehenden Ausgaben, in denen nur die diagnostische Seite behandelt wurde, während die jetzige Ausgabe auch die Ätiologie, die Pathogenese, die Symptomenlehre und die Therapie berücksichtigt. Das Werk kann somit als ein vollständiges angesehen werden und stellt einen großen Band von fast 750 Seiten mit 146 ausgezeichneten Abbildungen und einer Sondertafel dar. Hinsichtlich der Verteilung des Textes hat der Verf. sich an das Kriterium der Morphologie gehalten, jede Hautkrankheit auf die ihr eigene Einzeleffloreszenz zurückgeführt und sie in dem bestimmten Kapitel beschrieben. Dieses Kriterium ist wohl bis jetzt das einzige, das in der Dermatologie eine rationelle Einteilung gewährleistet. Es hat jedoch den Nachteil, daß viele Krankheiten wegen ihres polymorphen Charakters eigentlich in verschiedenen Kapiteln hervortreten müßten, zum Schaden der allgemeinen Klarheit des Gesamtinhaltes, und dies besonders für denjenigen Leser, der die Materie noch nicht ganz beherrscht. Abgesehen von dieser Schwierigkeit, die übrigens zum großen Teil von dem Autor sehr geschickt vermieden wurde, empfiehlt sich das Werk wegen vieler seiner Vorzüge, und zwar nicht allein für den Studenten und den praktischen Arzt, sondern auch für den Spezialisten, der darin auch mit genügender Breite Dermatosen, die selten beobachtet werden, beschrieben findet.

M. Monacelli-Rom.

Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie, von P. Lazarus-Berlin. Verlag J. F. Bergmann, München 1928, Bd. 1, Lfg. 3. Preis: RM. 19,50. Neuberg und Simon behandeln die chemischen Wirkungen des Lichtes, indem sie Beispiele der Photooxydation und -synthese, der Photolyse und Photomerisation anführen. Kaczag bespricht den Einfluß der Strahlen auf die Kolloide, welche auf den Grundvorgang der Elektronenabspaltung zurückgeführt werden können. Die chemischen Grundlagen der gesamten Strahlentherapie, von J. Rother bearbeitet, legen dar, wie die Lichtstrahlenanregung der Elektronen der äußersten Bahnen zu photochemischen Reaktionen führen und wie die Röntgen- und Gammastrahlenwirkung vermöge ihres etwa 1000fach größeren elementaren Strahlenquants im wesentlichen darauf beruht, daß sie aus dem Kraftfeld des Moleküls Elektronen herausschleudert und in Freiheit setzt. Der Comptoneffekt, wonach die gestreuten Strahlen weicher sind als die einfallenden Primärstrahlen, bewirkt, daß auch von harten Röntgen- und Gammastrahlen ein praktisch bedeutsamer Anteil absorbiert wird. Durch Beeinflussung des komplexen Systems von Kolloiden und Elektrolyten, durch Eingriff der Strahlen in den Regulationsmechanismus des vegetativen Systems dürften Strahlenwirkungen im lebenden Organismus zu erklären sein, welche im Reagenzglas nicht auszulösen sind. G. Hertwig beschäftigt sich mit der Strahleneinwirkung auf Wachstum und Entwicklung. Entsprechend experimentellen Erfahrungen warnt er mit Recht vor der temporären Menolipsierung. A. Bickel hat das Kapitel Allgemeine pathologische Physiologie der durch die strahlende Energie im Körper hervorgerufenen Veränderungen verfaßt. Es ist von der Einwirkung der Strahlen auf Gewebsatome, von der Nah- und Fernwirkung der Strahlen, von ihrem

Digitized by Google

reflexiven Einfluß auf die vegetativen Nerven, von der Strahleneinwirkung auf die Zellfunktionen, den Gaswechsel und den Blutzucker und den Stickstoff-Stoffwechsel die Rede. Die biologischen Wirkungen der Sekundärstrahlen werden uns von E. Milani und G. Meldolesi vermittelt. Experimentelle Untersuchungen an Bakterien, Pflanzen und Zellen werden erörtert, Iontophorese und Gewebshistologie, Iontophorese bei Tumoren, bei Tuberkulose, Hautkrankheiten, Augenkrankheiten, Ohrenkrankheiten, Hämorrhoiden und akut-infektiösen Arthritiden besprochen. L. Halberstädter ist mit der Bearbeitung der mikrobiologischen Grundlagen der Strahlentherapie betraut. Die Wirkungen des Lichtes, die der radioaktiven Substanzen sind die Unterkapitel. M. Nemenow spricht über die Einwirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf die Zellfunktionen, welche als Folge zytologischer Veränderungen in den Zellen zu betrachten sind. Genügend große Dosen bringen Herabsetzung der Zellfunktion; bestimmte Strahlendosen können Beschleunigung der Teilung der Zelle und ihrer sekretorischen Funktion bringen, welche dann meist von mehr oder weniger dauernder Herabsetzung gefolgt ist. Die Phase der Funktionssteigerung ist um so kürzer, je radiosensibler die Zelle, je größer die Dosis ist. Die Zelle altert schneller unter der Strahleneinwirkung. Es folgen die Ausführungen H. Zwaardemakers: Strahlenwirkung auf den Kreislauf, welche Automatinogen in der Herzwand zu dem funktionsnotwendigen Automatin umwandelt. Der gleiche Autor handelt auch von Pflanzen und Strahlung. I. Stoklasa schreibt „Über den Einfluß der Radioaktivität auf die gesamten Kraft- und Stoffwechselprozesse der Zellen. Durch Anwendung gefilterter Beta- und Gammastrahlen werden wir danach in 30—50 Jahren praktisch unsere Bodenerträgnisse steigern. Zum Schluß findet sich das Kapitel „Strahleneinwirkung auf die Verdauungsorgane" von E. S. London. Auch diese Lieferung zeigt, daß die Absicht des Herausgebers, das Werk bei Wahrung der persönlichen Eigenart der Autoren einheitlich straff zu gestalten, gelingen dürfte. I. Kottmaier-Mainz.

Die Wismutbehandlung der Syphilis, von Rogg. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Marinesanitätswesens. H. 15, Berlin 1928. Sorgfältige Darstellung unserer bisherigen Erfahrungen mit der Wismutbehandlung der Syphilis. Der Verf. hat 79 Fälle allein mit Wismut und 221 Fälle mit Wismut und Neosalvarsan behandelt. Seine Erfahrungen decken sich mit denen der anderen Autoren. Die von ihm beobachteten Nebenerscheinungen waren meist leichter Art; nur ein Wismutexanthem bedurfte 4 Wochen zur völligen Heilung. Erwähnenswert ist ein Fall von öfter rezidivierender Konjunktivitis nach den Bi-Injektionen und ein Fall von hartnäckiger Balanitis erosiva, die auf jede Einspritzung mit Verschlimmerung reagierte und erst 14 Tage nach Beendigung der Kur ganz abheilte. Umfangreicher Literaturanhang.
F. Juliusberg-Braunschweig.

Grundriß der Arzneimittellehre für die Behandlung von Hautkrankheiten, von K. Fürst. Bd. 6, 144 Seiten. Georg Thieme, Leipzig 1928. Kart. RM. 6,—. Vorliegender Grundriß der Arzneimittellehre stellt keinen Ersatz der beiden vortrefflichen Bücher über Behandlung der Hautkrankheiten von Schäffer und Pulvermacher dar. Es soll eine Übersicht über die Wirkungen und Nebenwirkungen der gebräuchlichsten in der Dermatologie verwendeten Arzneimittel verschaffen. Die einzelnen Heilmittel werden alphabetisch geordnet besprochen, wobei das Chemische, die pharmakologische Wirkung, das Anwendungsgebiet, die Nebenwirkungen und Kontraindikationen hervorgehoben werden. Eine Zusammenstellung der Literatur beschließt das recht lesenswerte Büchlein, das sicherlich eine Lücke ausfüllt und einen Platz in der Bibliothek jedes Dermatologen beanspruchen kann. A. Perutz-Wien.

Die Impotenz des Mannes, von P. Orlowski. 4. Aufl., Bd. 6, 246 Seiten mit 43 Abbildungen und 5 farbigen Tafeln. Curt Kabitzsch, Leipzig 1928. RM. 15,—. In völlig neu bearbeiteter Form erscheint die vierte Auflage dieses Werkes, das mit der Zeit für jeden, der Interesse für das bearbeitete Gebiet hat, zu einem unentbehrlichen Buch geworden ist. Damit ist naturgemäß nicht gesagt, daß man auch in allem den Anschauungen des Verf. zu folgen imstande ist. Ganz besonders seine Einstellung zu dem Kollikulusproblem ist nicht unangefochten und vielfach energisch bestritten. Trotzdem wird sich jeder auch mit diesem zentralen Kapitel des Buches eingehend beschäftigen müssen. Neu ist die Bearbeitung des Kapitels der Altersimpotenz und die kritische Besprechung der neuerdings so sehr in den Vordergrund gedrängten Verjüngungsmethoden, wesentlich auch die Einstellung und die kritische Darstellung der Bedeutung der Psychoanalyse für die Behandlung der verschiedenen Impotenzformen. Außerordentlich dankenswert ist die eingehende Darstellung der Therapie und ihrer außerordentlichen Schwierigkeiten, wenngleich vielleicht auch hier bei der beim Verf. unseres Er-

Digitized by Google

achtens vorhandenen Überbewertung des Kollikulus dessen Behandlung einen zu großen Raum einnimmt. Bedenklich erscheint es mir, wenn in einer Zeit, die unter der Einwirkung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten steht, ein so ernst zu nehmender Autor sagt: „Ist es zur chronischen Blennorrhoe gekommen, so ist eine regelmäßige Ausübung des Geschlechtsverkehrs während der Behandlung nicht nur zu gestatten, sondern sogar zu empfehlen." Es ist ein Buch, das man mit Kritik lesen muß, das man aber unbedingt kennen muß, wenn man sich mit dem so außerordentlich schwierigen Gebiet der Impotenz des Mannes ernsthaft beschäftigen will.

E. Langer-Berlin.

Durchlässigkeitsverhältnisse der Blutliquorschranke unter besonderer Berücksichtigung der Permeabilitätsprüfungen sowie Beiträge zur normalen und pathologischen Physiologie des Liquor cerebrospinalis, von W. Leipold. Habilitationsschrift, Greifswald 1928. Der Liquor, dessen Ursprungsstätte die Gefäße der Pia und des gesamten Zentralnervensystems ist (Hauptmenge wird an den Plexus chorioidei gebildet), stellt hauptsächlich ein durch eine lebende Membran gegangenes Diffusions- bzw. Filtrationsprodukt des Blutes dar. Zwischen Blut und Liquor besteht eine Schranke mit elektiver und irreziproker Permeabilität; als anatomisches Substrat dieser Schranke sind die Kapillarwände und das diese unmittelbar umgebende Gewebe zu betrachten. Der Liquor des Gesunden setzt sich fast nur aus Stoffen zusammen, die auch im Blut vorkommen. In erster Linie regelt die Blutliquorschranke die Verteilung der Elektrolyte und Nichtelektrolyte auf Blut und Liquor; bei pathologischen Veränderungen dieser Schranke ist die Durchlässigkeit gewöhnlich erhöht. Immerhin zeitigen weder die künstlichen noch die natürlichen Funktionsprüfungen befriedigende Resultate; bisher gibt es noch keine Durchlässigkeitsprüfung der Blut und Liquor trennenden Grenzschicht, die für alle möglichen im Blute enthaltenen und dorthin eingeführten Stoffe gleiche Gültigkeit hätten. Die Prüfung eines einzelnen Stoffes in Blut und Liquor kann nie einwandfrei den Durchlässigkeitszustand angeben, sondern immer nur über das Verhalten dem bestimmten Stoffe gegenüber, so daß es nicht statthaft ist, daraus zu weitgehende Schlüsse zu ziehen.

S. Habermann-Prag.

Die Technik der Wassermannschen Reaktion, von Pöhlmann. 3. vermehrte und verbesserte Auflage. 1928. RM. 6,40. Diese Auflage bringt nebst der bekannten Übersicht der Laboratoriumstechnik als Erweiterung die quantitative Auswertung der WR in prägnanter Art Kapitel über die Aktivmethode, Müllersche Ballungsreaktion sowie Trübungsreaktionen von Dold und Meinicke. Da heute die serologischen Reaktionen von hoher Bedeutung sowohl für den Facharzt als auch für jeden Praktiker sind, dürfte wohl ein derartig knapp und übersichtlich angeordnetes Werk einem jeden Praktiker sehr empfohlen werden, denn schließlich kann doch nur derjenige das Resultat einer Reaktion richtig werten, der eine Vorstellung über ihren Vorgang und eventuelle Fehlerquellen hat. Man soll von keiner Reaktion mehr verlangen, als sie wirklich leisten kann! Als Behelf zur raschen Orientierung wird das Buch wohl jede serologische Station gern und häufig brauchen, da trotz genügender Quellenangabe infolge der Kürze jeder theoretische Ballast entfällt.

S. Habermann-Prag.

Die Individualisierung der Luesbehandlung, von O. D. Günsberger. Bd. 6, 60 Seiten. Franz Deuticke, Wien 1928. RM. 2,40. Das Büchlein G.s ist in erster Linie für den Praktiker bestimmt, dem es sein Handeln in der verwirrenden Fülle der Literatur und dem Widerstreit der Meinungen erleichtern soll; es bietet indessen auch dem Forscher viel. Eigene Gedankengänge und Theorien verleihen ihm Originalität und zeigen, daß der Autor über das schwierige Problem der Luesbehandlung tief nachgedacht hat. Der Beantwortung der Frage, welche Forderung die Syphilistherapie zu erfüllen hat, legt G. die Antithese „individuelle" und „sozial-eugenetische" Indikation zugrunde; sie ist neuerdings durch die Arbeiten von Wilmanns aktuell geworden. Verf. berührt damit das Thema der Diskrepanz zwischen Individual- und Kollektivinteressen in der Medizin wie auch sonst im Leben. Wenn G. den Standpunkt vertritt, daß das Interesse des Individuums selbst bei möglicher Schädigung desselben gegenüber dem der Gesamtheit zurückzutreten hat, so scheint dies dem Ref. zu weit zu gehen. Bei der Möglichkeit einer Schädigung des Hilfe und Rat des Arztes suchenden Kranken würde eine Diskreditierung der Heilkunde eintreten können und der Kranke sich wenigstens da, wo eine ärztliche Behandlung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, vom Arzte abwenden. Dem Kranken aber die Sachlage zu verheimlichen, wäre meines Erachtens nicht angängig. Statt der erhofften Verbesserung des allgemeinen Wohles würde leicht das Gegenteil eintreten. Wir müssen den Schutz der Allgemeinheit ohne Schädigung der

Digitized by Google

Einzelpersönlichkeit zu erreichen suchen und uns in jedem Falle die Frage vorlegen, wie die Kollektivinteressen zu wahren sind. Ref. glaubt auch nicht, daß dies bei der Lues so erheblichen Schwierigkeiten unterliegt: im einzelnen kann er natürlich im Rahmen einer Besprechung nicht auf den ganzen Fragenkomplex eingehen. Bemerkt sei aber, daß Verf. irrt, wenn er meint, daß unser ärztliches Handeln in der gesamten übrigen Heilkunde dem Grundsatze der Schädigung des einzelnen zum Wohle der Gesamtheit regelmäßig folge. Die Medizin erstrebt einen Ausgleich der Belange zwischen Individuum und Allgemeinheit, bei dem sich allerdings das erstere Unbequemlichkeiten und Einschränkungen seiner persönlichen Freiheit im Interesse des Volksganzen gefallen lassen muß. Das Objekt des behandelnden Arztes ist das Individuum, und da heißt, wie auch Oppenheim in seinem dem Buche vorgesetzten Geleitwort hervorhebt, das Leitmotiv: „Primum non nocere". G. behandelt weiter die Chemo-, die Biotherapie, wie er die gesamte Fieberbehandlung bezeichnet, sowie die allgemeinen physikalisch-diätetischen Maßnahmen und wertet sie an Hand der individuellen und sozialeugenetischen Indikation. Er warnt vor der Überschätzung der WR und Liquorbefunde. Die Fieber(Malaria-)Therapie betrachtet Verf. individualprognostisch als Gewinn, sozialprognostisch als überflüssig; sie soll beim Übergang in die Spätlatenz als biologisch richtigstem Termin zur Ergänzung der die Individualprognose im Präsekundärstadium beherrschenden, später aber individualprognostisch unsicheren Chemotherapie durchgeführt werden. Bei der kritischen Besprechung der Abortivtherapie lehnt G. die Einteilung in ein echtes seronegatives und ein unechtes seropositives Stadium sowie die Bewertung der Serumreaktion als immunbiologisches Kriterium ab. Die primäre Abwehrlage des Körpers, d. h. die Fähigkeit, Initialinfiltrate bilden zu können, geht später verloren; ihr Vorhandensein beweist, daß die Abortion gelungen ist, und auf dieser Gesetzmäßigkeit sollten Versuche einer diagnostischen Reaktion in vivo aufgebaut werden. In der Sekundärperiode ist jeder Schematismus zu vermeiden; die Medikamente sollen in möglichst abwechslungsreicher Weise angewendet werden, weil so die Nichtinfektiosität des Kranken mit geringerer Gifteinführung zu erzielen sei als bei einer typisierten Behandlung mit wenigen Elementen. In der Spätlatenz ist die chronisch-intermittierende Behandlung durch eine chronisch-intermittierende Beobachtung zu ergänzen; auf die Verhütung der Aortenlues ist mehr Wert zu legen als bisher. Ref. muß sich darauf beschränken, einige ihm erwähnenswerte Punkte herauszuholen; damit ist der Inhalt des Buches nicht erschöpft. Es ist von wissenschaftlichem Geiste durchdrungen, zeigt in knappem Rahmen eine Fülle von Gesichten auf, gibt dem Leser Stoff zu reichlichem Nachdenken und regt ihn an, von sich und seiner eigenen Erfahrung aus die vorgetragenen Anschauungen G.s zu prüfen und für die schwere und verantwortungsvolle Luesbehandlung den rechten Weg zu suchen.

L. Leven-Elberfeld.

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Radium Treatment in Carcinoma of the Mouth and Tongue (Radiumbehandlung beim Karzinom des Mundes und der Zunge), von G. E. Birkett. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5463.) Es gibt keine bestimmte Dosis beim Mundkarzinom. Die Zahl der Röhren hängt von der Größe und Ausdehnung der Geschwulst ab und ist Erfahrungssache. Bei Allgemeinnarkose erweist sich der Tumor meist ausgedehnter, als man klinisch erwartet hatte, was für die Anordnung der Tuben von Bedeutung ist. Auf der Vernachlässigung dieses Umstandes beruht der Mißerfolg mehr als auf dem Fehlen der Wirkung (Regaud). Soviel wie möglich werden die Röhrchen in die Wachstumszone des Tumors gebettet, doch werden sie bei großer Ausdehnung des Tumors in diesen selbst eingepflanzt. Ihr Abstand ist 1 cm voneinander. Sie werden, wenn möglich, durch Ligaturen im gesunden Gewebe gehalten, um ein vorzeitiges Durchschneiden zu vermeiden. 97% der Mund- und Zungenkarzinome finden sich bei Männern. Das Bestehen eines Mundgeschwürs bei einem Patienten über 30 Jahren während mehr als 1—2 Wochen ist, auch ohne palpable Drüsen, auf Malignität verdächtig. WR schließt Syphilis aus. Tuberkulose ist meist Sekundärerscheinung der Lungenerkrankung. Probeexzision wird verworfen. Bei 0,4—0.5 mm Platinfilter ist die Reaktion gering. Die behandelte Zone bedeckt sich regelmäßig innerhalb 14 Tagen mit einer adhärenten

Digitized by Google

exsudativen, grüngelben Membran, welche 5—6 Wochen nach der Behandlung verschwindet, indem die indurierte Zone weicher wird. Nach 3 Monaten gleicht das behandelte Gewebe vollständig dem gesunden. Gelegentlich kommt es, wahrscheinlich infolge falscher Tubenverteilung, zu schmerzhaften Nekrosen. Die knöchernen Teile wurden nicht geschützt. Bei Befallensein des Knochens ist die Prognose schlecht.
E. Kottmaier-Mainz.

Quelques considérations sur les accidents des rayons X traités par le radium (Einige Betrachtungen über die Behandlung der Röntgenschädigungen mit Radium), von Soret. (Paris méd., 1928, Nr. 23, S. 534.) Selbstbeobachtung eines Röntgenologen, bei dem es zur Amputation beider Hände kam. Die einzige nutzbringende Behandlung der Röntgenschäden ist die mit Diathermie nach Bordier; Radium kann höchstens einen ungünstigen Einfluß ausüben. E. Levin-Berlin.

La radiologie en 1927 (Die Radiologie im Jahre 1927), von L. Delherm und P. Thoyer-Rozat. (Gaz. des hôp., 1928, Nr. 44, S. 781—793.) Übersichtsreferat.
E. Levin-Berlin.

Prurigo und Pruritus

Traitement du prurit et des dermatoses prurigineuses par la méthode de Lebedjew (Die Behandlung des Pruritus und der juckenden Dermatosen nach der Methode von Lebedjew), von A. Sézary und F. Benoist. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 27, S. 534—536.) Die Behandlung besteht in intravenösen Einspritzungen einer 10%igen Brom-Natriumlösung, die täglich in einer Dosis von 10, eventuell auch 15 ccm verabfolgt werden, im ganzen 6—12—20—34. Keinerlei Nebenwirkungen. Besonders gute Erfolge wurden bei akuten Dermatitiden und in Fällen erzielt, in denen die Hautaffektion nicht durch eine örtliche oder allgemeine Ursache unterhalten wurde. Nach einer jeden Einspritzung kann eine leukopenische Krise im Blut festgestellt werden. Die Wirkung der Behandlung muß auf eine Kombination des neuro-sedativen und des desensibilisierenden Einflusses bezogen werden. E. Levin-Berlin.

A propos du prurit périnéal (Über Pruritus perinei), von Léon Huet. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 28, S. 551—552.) Die Heilung kann nur gelingen durch Berücksichtigung aller in Frage kommenden Momente; das von dem Kranken dargestellte Terrain, die örtlichen und in der Nähe gelegenen Ursachen müssen festgestellt werden. Änderung der gesamten Lebensweise, allgemeine und örtliche beruhigende Behandlung können in vorzüglicher Weise in den Bädern von Roche-Posay kombiniert werden.
E. Levin-Berlin.

Le traitement des prurits à La Roche-Posay (Die Behandlung des Pruritus in La Roche-Posay), von Léon Huet. (Progr. Méd., 1928, Nr. 18, S. 775—776.) Die Wässer von Roche-Posay üben bei allen, akuten und chronischen, örtlichen und allgemeinen Pruritusformen einen günstigen Einfluß aus. E. Levin-Berlin.

Über die Behandlung der mit Jucken verbundenen Hautkrankheiten mittels Injektionen von NaBr, von Uralow-Kasanskij. (Medicinskij Journal, 1928, Bd. 24, Nr. 7.) Die besten Resultate werden durch intravenöse Brominjektionen erzielt bei akutem Ekzem, Urtikaria, Pruritus cutaneus und Neurodermitis. A. Jordan-Moskau.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Sur la variole et la vaccination en algérie (Über Pocken und Schutzimpfung in Algier), von L. Camus. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 72, S. 573—580.) Die meisten seit 1926 in Frankreich aufgetretenen Pockenherde beruhen auf Einschleppung aus Nordafrika, wo die Zwangsimpfung noch nicht in genügendem Maße, besonders bei nomadisierenden Personen, durchgeführt wird. Es werden verschiedene, für die Herabsetzung der Gefahr der Einschleppung erforderliche Maßnahmen empfohlen.
E. Levin-Berlin.

Les accidents nerveux consécutifs à la vaccination antivarioliques (Die im Gefolge der Schutzpockenimpfung auftretenden Erscheinungen am Nervensystem), von Euzière und Pagès. (Paris Méd., 1928, Nr. 22, S. 499—503.) Sechs einschlägige Beobachtungen zeigen die mannigfachen klinischen Bilder, die auftreten können. Es wird der Schluß gezogen, daß es sich nicht um direkte vakzinale Erscheinungen und auch nicht um die Wirkung eines noch unbekannten, gleichzeitig mit der Impfung übertragenen spezifischen Virus handelt, daß vielmehr entweder ein zufälliges Zusammentreffen oder eine Provokation der schon vorhandenen, aber noch schlummernden Enzephalitis durch die Impfung vorliegt. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Scarlet Fever. II. The Developement of Toxin Sensitivity of the Skin in Infants and its Relation to the Presence of Antitoxin in the Blood (Scharlach. II. Die Entwicklung der Toxinempfindlichkeit der Haut bei Kindern und ihre Beziehung zu der Anwesenheit von Antitoxin im Blut), von Jean V. Cooke-St. Louis. (Am. J. of Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 5, S. 762—771.) Die Hautempfindlichkeit für das Filtrat des Scharlach-Streptokokkentoxins ist bei der Geburt nur selten vorhanden, sie nimmt während des ersten Halbjahres langsam, während des zweiten schneller zu, hält sich bis zum sechsten Jahre, um dann abzunehmen. Bei manchen Kindern war Antitoxin im Blut nicht nachweisbar, besonders bei geringer oder fehlender Hautsensibilität gegen Ende des zweiten Jahres. Praktisch findet sich Antitoxin regelmäßig bei Kindern von mehr als zwei Jahren und bei Erwachsenen, die gegen geringe Antitoxinmengen nicht empfindlich sind. E. Levin-Berlin.

Scarlet Fever. III. Modification of Skin Sensitivity to Toxin as a Result of Nonscarlatinal Infections (Veränderungen der Toxinempfindlichkeit der Haut als Folge nichtskarlatinöser Infektionen), von Jean V. Cooke-St. Louis. (Am. J. of Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 5, S. 772—780.) Bei Untersuchungen an Kindern einer Findlingsanstalt, die nicht voneinander isoliert waren, war die Empfindlichkeit gegen Filtrat des Scharlach-Streptokokkentoxins wesentlich geringer als bei gleichaltrigen isolierten Kindern. Bei einigen war dies offenbar die Folge der zirkulierendes Antitoxin begleitenden Immunität. Bei denselben Kindern ließen sich auch hämolytische Streptokokken in Kulturen vom Pharynx häufiger nachweisen. In Filtraten von ihnen ließ sich bisweilen die offenbar mit dem Scharlachtoxin identische hautreaktive Substanz nachweisen und durch Antitoxin enthaltendes Scharlach-Rekonvaleszentenserum neutralisieren. Gelegentlich einer Masernepidemie zeigte sich eine Herabsetzung der Hautempfindlichkeit während des akuten Stadiums der Infektion, in der Rekonvaleszenz nahm sie wieder zu.
E. Levin-Berlin.

Scarlet Fever. IV. Toxin Production by Hemolytic Streptococci from nonscarlatinal infections in Infants (Toxinbildung durch hämolytische Streptokokken von nichtskalartinösen Infektionen bei Kindern), von Jean V. Cooke-St. Louis. (Am. J. of Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 5, S. 781—783.) Hämolytische Streptokokken fanden sich ziemlich häufig als Ursache von Infektionen der oberen Luftwege bei Kindern. Filtrate von Kulturen einzelner Stämme zeigten Hautreaktionen, die mit den durch hämolytische Scharlachstreptokokken hervorgerufenen übereinstimmten; sie waren nur durch Serum neutralisierbar, das auch Scharlachtoxin neutralisierte.
E. Levin-Berlin.

Scarlet Fever. V. The Changes in Skin Sensitivity to Scalartinal Streptococcus Filtrate in Children Following the Introduction of Homologous Serum (Scharlach. V. Die Veränderungen der Hautempfindlichkeit gegen Scharlach-Streptokokkenfiltrat bei Kindern im Gefolge der Einführung von homologem Serum), von Jean V. Crooke-St. Louis. (Am. J. of Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 5, S. 784—790.) Bei einigen Kindern in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres fand sich mangelnde Hautempfindlichkeit gegen beträchtliche Mengen Scharlach-Streptokokkentoxin sowie keine oder nur geringe neutralisierende Antikörper im Blut. Führte man ihnen Serum von Personen zu, deren Haut schon gegen geringe Toxinmengen empfindlich war, so trat eine Steigerung der Hautempfindlichkeit der Kinder ein. Bei älteren Kindern, bei denen die mangelnde Hautempfindlichkeit von der Anwesenheit von Antikörpern im Blut begleitet war, trat gleiches nicht ein. Normales, neutralisierende Antikörper enthaltendes Serum bewirkte bemerkenswerte Herabsetzung der Hautempfindlichkeit des Empfängers. E. Levin-Berlin.

Tuberkulose

Über tuberkulöse Kontaktinfektion unter Ehegatten, von Hans Koopmann, Lungenfürsorgestelle 5, Hamburg. (M. Kl., 1928, Nr. 27, S. 1050—1051.) Werden offen Tuberkulöse unschädlich gemacht, d. h. zu den ihrer Umgebung gegenüber erforderlichen Vorsichtsmaßregeln erzogen, so kommt eine Kontaktinfektion unter Ehegatten und deren Kindern nur verhältnismäßig selten vor. In einer 52 Ehepaare umfassenden Statistik des Verf. war eine tuberkulöse Kontaktinfektion bei drei Eheleuten und einem Kinde wahrscheinlich. E. Levin-Berlin.

Nonspecific Chronic Epididymitis and Tuberculous Epididymitis (Nichtspezifische chronische Nebenhodenentzündung und tuberkulöse Nebenhodenentzündung), von H. Wildbolz-Bern. (Proced. of the Staff Meetings of the Mayo Clinic., 1928, Juni,

Digitized by Google

Bd. 3, Nr. 23, S. 169—171.) Verf. beobachtete, daß 25% aller tuberkulösen Epididymitiden ganz akut beginnen. Durch Fehldiagnosen wird oft wichtige Zeit versäumt. Differentialdiagnose meist nicht schwierig, da im allgemeinen bei Auftreten einer akuten tuberkulösen Epididymitis Blasen-, Nieren-, Prostata-, Samenblasen- oder Lungentuberkulose besteht. Ein nur langsam zurückgehendes oder sich vergrößerndes Infiltrat ist stets tuberkuloseverdächtig. Daß in einer Reihe von operativ entfernten tuberkulösen Nebenhoden histologisch keine tuberkulösen Gewebsveränderungen, sondern nur Tuberkelbazillen gefunden werden, erklärt Verf. damit, daß der Bazillus allein nicht imstande ist, Riesenzellen, Verkäsung usw. zu bilden, sondern daß erst die durch Einwirkung von Antikörpern entstehenden Tuberkulopyrine diese Fähigkeit haben. In Fällen, in denen weder Gewebsveränderungen noch Tuberkelbazillen gefunden werden, hat Verf. gute diagnostische Erfolge mit seiner Eigenharnreaktion (EHR) und Kulturverfahren gehabt. Nur die negative EHR ist in diesem Sinne verwertbar. In 50% der klinisch nicht zu erklärenden Epididymitiden werden Staphylokokken und Bct. coli gefunden, weitere 50% verteilen sich auf Fälle von Lues, traumatische Epididymitiis und solche, die durch infolge Antikörperwirkung nicht mehr nachweisbare Erreger hervorgerufen werden. Therapeutisch empfiehlt Verf. im Interesse der Erhaltung des Hodens baldige operative Entfernung in allen Fällen von akuter und chronischer tuberkulöser Epididymitidis. Das gleiche gilt von unsicheren Fällen, die auf Wärme, Jodkali usw. nicht bald zurückgehen. Röntgentherapie lehnt Verf. wegen des unsicheren Erfolges ab.

Hinrichs-Halberstadt.

Nouvelle contribution à l'étude des propriétés pathogènes du vaccin BCG et son application à la prophylaxie de la tuberculose (Neuer Beitrag zum Studium der pathogenen Eigenschaften des Vakzins BCG und seiner Anwendung zur Prophylaxe der Tuberkulose), von J. Lignières. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 20, S. 512—529.) Aus Experimenten an Kälbern und Meerschweinchen geht hervor, daß das Vakzin BCG durch Passage durch empfängliche Tierkörper niemals die Virulenz normaler Kochscher Bazillen wieder erhält. Andererseits zeigt sich hier wie auch in Beobachtungen am Menschen, daß, wenn BCG auch keine progressiven Tuberkuloseerscheinungen auszulösen vermag, es sich doch am Orte der Einverleibung weiterentwickelt, den Organismus auf dem Wege des Lymphsystems ergreift, monatelang in ihm verbleibt und Drüsenschwellungen, bisweilen auch kleine Erscheinungen an den Organen sowie Temperatursteigerungen bewirkt. Danach muß gegen allgemeine Massenimpfungen Einspruch erhoben werden; berechtigt erscheinen nur Impfungen von tuberkulösen Eltern stammender oder durch das Milieu gefährdeter Kinder. In einer längeren Aussprache wird die Annahme einer Schädlichkeit von BCG bestritten; die Reaktionen sind für den Impferfolg wertvoll.

E. Levin-Berlin.

Vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin BCG en Roumanie et ses effets sur la décroissance de la mortalité infantile (Impfung der Neugeborenen gegen Tuberkulose mit Vakzin BCG in Rumänien und deren Einfluß auf die Abnahme der Kindersterblichkeit), von J. Cantacuzène und J. Mihaiesti. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 20, S. 508—512.) Als Folge der Impfung zeigte sich eine beträchtliche Herabsetzung der allgemeinen Mortalität der Geimpften (auf $^1/_4$—$^1/_5$ der nicht Geimpften) und der Sterblichkeit an Tuberkulose bei aus tuberkulösen Familien stammenden Kindern von 25% auf weniger als 1%. Die Impfungen waren vollkommen unschädlich.

E. Levin-Berlin.

Le vaccin BCG par voie hypodermique, dans la prémunition des jeunes sujets soumis ou non à des contacts bacillaires familiaux (Die subkutane Impfung mit BCG und der durch sie bewirkte Schutz jugendlicher, der Infektionsgefahr in der Familie ausgesetzter oder nicht ausgesetzter Personen), von J. Parisot und H. Saleur-Nancy. (Bull. Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 24, S. 649—657.) Die zu impfenden Kinder müssen frei von Erscheinungen sein. Die subkutane Impfung kommt in Betracht, wenn der günstige Zeitpunkt für die innerliche Anwendung (erste 14 Lebenstage) vorbei ist. Zu impfen sind Kinder, die durch Herkunft oder Umgebung gefährdet sind, doch ist letzteres in der Großstadt fast regelmäßig der Fall. Von besonderen Zufällen sind nur örtliche Reaktionen in Form von Knoten und kleinen Abszessen zu erwähnen, niemals kamen allgemeine Reaktionen vor. Die Impfung wird warm empfohlen.

E. Levin-Berlin.

Prophylaxe gegen Tuberkuloseinfektionen bei Rindern mittels BCG, von A. Guérin-Paris. (W. kl. W., 1928, Nr. 21, S. 731.) Verf. empfiehlt, die jungen Kälber durch sofortige Isolierung und Ernährung mit sicher nicht tuberkulöser Milch einer

Digitized by Google

Infektionsmöglichkeit zu entziehen und sie durch Injektion von BCG sobald als möglich nach der Geburt, spätestens vor dem 15. Tage, zu immunisieren.

M. Cohn-Dresden.

Die Impfung gegen Tuberkulose bei subkutaner Einspritzung des BCG, von B. Weill-Hallé-Paris. (W. kl. W., 1928, Nr. 21, S. 728.) Die Impfung mit BCG kann bei Säuglingen über 10 Lebenstage subkutan erfolgen, vorzugsweise bei bedrohten, wie bei Erwachsenen (Krankenwärterpersonal). Vorher Pirquet und 5—6wöchige Quarantäne. Vakzinedosis $^1/_{50}$ mg = 800000 Bazillenkörper. Unbedingt nötig ist die mindestens 4wöchige Entfernung der Geimpften vom Ansteckungsherd, d. i. bis zur wahrscheinlichen Herstellung der Immunisierung. M. Cohn-Dresden.

Schutzimpfung mit BCG gegen Tuberkulose, von A. Calmette-Paris. (W. kl. W., 1928, Nr. 21, S. 725.) Die große, 1921 in Frankreich begonnene Versuchsserie, die nun in den europäischen und amerikanischen Ländern mehr als 150000 bei ihrer Geburt vakzinierte Kinder umfaßt, beweist die Unschädlichkeit und Wirksamkeit des BCG zum Schutz gegen Tuberkulose im frühen Alter. Verf. plädiert für Einführung einer Vakzinationsmethode unter sorgfältiger Kontrolle der Herstellung des Vakzins.

M. Cohn-Dresden.

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

Ein Fall von syphilitischer Infektion nach Biß, von M. Irger. (Wratschebnaja Gaseta, 1928, Nr. 11/12.) Ulc. induratum auf der Vola manus bei einem Fabrikarbeiter, aufgetreten nach Biß während eines kameradschaftlichen Kampfes mit einem anderen Fabrikarbeiter, bei dem die WR positiv ausfiel. A. Jordan-Moskau.

Ein Fall von syphilitischem Fieber, von Kudenko. (Wratschebnaja Gaseta. 1928. Nr. 11/12.) Bei einer 34jähr. Gravida trat am 4. September 1925 Fieber auf, verbunden mit rheumatischen Schmerzen. Die Temperaturen schwankten zwischen 38,7° morgens und 39,4° abends. Das Fieber hielt vier Monate an (von September bis Januar 1926). Da die Ursache des Fiebers unklar blieb, wurde mehrfach das Blut auf die WR untersucht, die aber negativ ausfiel. Am 19. Januar stellte sich eine Rupia ein und unter spezifischer Behandlung ging auch das Fieber zurück. Am 31. März gebar die Frau ein stark in der Ernährung zurückgebliebenes Kind, welches zwar keine Zeichen von Lues aufwies, aber im Juni starb. A. Jordan-Moskau.

Weitere Beiträge zur Spätlues der Knochen und Gelenke, von W. Steinbrinck-Breslau. (Zschr. f. kl. M., 1928, Bd. 108, H. 4, S. 549.) Verf. ergänzt seine Serie von Spätlues der Knochen und Gelenke durch einige weitere Beobachtungen: 1. schmerzhafte Senkfußbildung; 2. Aufrauhung der Ellenbogengelenkflächen mit Bandwulstbildung und abgesprengten Knochenteilchen; distales Ende der Unterarmknochen verdickt und faserig zerstört, Verlagerung der Handwurzelknochen vor die Unterarmknochen; 3. Osteosklerose des linken Oberschenkelknochens; 4. röntgenologisch fleckige Zeichnung der peripheren Fußwurzelknochen, nach 0,75 NS, unter deutlicher Herdreaktion, lochartiger Defekt an der Oberfläche des os navic.; 5. bei schmerzloser Spreizbehinderung schwere deformierende Veränderungen beider Pfannen und Oberschenkelköpfe; 6. ein Monat nach Fall auf linkes Knie schmerzhafte Schwellung des linken und dann des rechten Knies. WR im Blut und Kniepunktat +; 7. alte traumatische Spondylitis deformans, vermutlich durch Lues begünstigt (beginnende Aortitis, Blut- und Liquorreaktionen +). Die meisten Fälle zeigen weitgehende Besserung unter spezifischer Behandlung. 16 überaus anschauliche Abbildungen, darunter 13 Röntgenaufnahmen, vervollständigen die Arbeit.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Sur le rôle de la syphilis dans la détermination des affections cardio-vasculaires (Über die Rolle der Syphilis bei der Entstehung von Herzgefäßkrankheiten), von M. Beraud (J. Méd. de Paris, 1928, Nr. 20, S. 392—394). Die noch in vieler Hinsicht strittige Frage der Beziehung der Syphilis zu Herz- und Gefäßerkrankungen kann nicht durch Probebehandlungen oder dadurch gelöst werden, daß man die Syphilis als Ursache annimmt, wenn eine andere fehlt. Notwendig ist die Feststellung der Häufigkeit und der Zeit des Auftretens bei sicher syphiliskranken Personen und charakteristischen Formen. Als solche erscheinen eng umgrenzte Erkrankungen: lokalisierte Arteriitis an einer Extremität, kleines isoliertes Aneurysma, geringe zerebrale Läsion bei sonst unversehrtem Zirkulationsapparat. Von wesentlicher Bedeutung ist die nach besonderer Methode ausgearbeitete Beurteilung der WR; bei normalen hämolytischen

Digitized by Google

Eigenschaften des Serums (normaler Gehalt an freiem Alexin C^0, keine Ablenkung bei Gegenwart von Antigen W^0) ist Syphilis ausgeschlossen. Bei aktiven Syphilisprozessen findet sich stets beträchtliche Ablenkung bei Gegenwart von Antigen W^5, während der Gehalt an freiem Alexin normal C^0 bleibt. E. Levin-Berlin.

De l'importance étiologique de la syphilis en pathologie cardiovasculaire, déductions thérapeutiques (Die ätiologische Bedeutung der Syphilis bei der Pathologie der Herzgefäßkrankheiten; therapeutische Bemerkungen), von C. Lian. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 24, S. 477.) Die Syphilis ist in der Regel die Ursache der Aortenaneurysmen und sehr häufig der Aorteninsuffizienz. Abgesehen von diesen Formen kommt Syphilis als ätiologische Grundlage, ebenso wie bei viszeraler Arteritis und erhöhtem arteriellem Druck im wesentlichen bei Personen unter 50 Jahren in Betracht. Angina pectoris kann auf Syphilis nur bezogen werden, wenn sie Folge einer auf Syphilis beruhenden Aortis oder Koronararterienerkrankung ist. Bei ausgesprochener Herzinsuffizienz muß eine geeignete Allgemeinbehandlung der spezifischen Behandlung voraufgehen, die dann mit großer Vorsicht anzuschließen ist; fehlen Insuffizienzstörungen, so kann die Behandlung eine intensive sein. Ist Syphilis nicht sicher, so kann bei jüngeren Personen Probebehandlung in Frage kommen.

E. Levin-Berlin.

La syphilis du foie. Etude clinique (Die Syphilis der Leber. Klinische Studie), von H. Boucher. (Paris méd., 1928, Nr. 20, S. 449—455). Unterschieden werden die beginnenden Formen (allgemeine Schwäche, Arbeitsunlust und -unfähigkeit, selten leichte Glykosurie), ferner die mit Verdauungsstörungen oder Ikterus oder Aszites oder hypertrophischer Zirrhose oder mit Fieber vorlaufenden. Das Bild ist also ein sehr mannigfaltiges, sonstige Erscheinungen können zur richtigen Diagnose führen, doch fehlen Hauterscheinungen gewöhnlich zur Zeit des Auftretens der Lebererkrankung. Zur Behandlung wird besonders Hg herangezogen werden (Suppositorien). Von gutem Einfluß sind auch die Thermalquellen von Vichy. E. Levin-Berlin.

Atrophie cérébelleuse progressive d'origine syphilitique (Progressive Zerebellaratrophie syphilitischen Ursprunges), von G. Guillain und J. Decourt. (Progr. méd., 1928, Nr. 24, S. 989—993). Bei einem 71jähr. Mann finden sich fortschreitende Koordinationsstörungen, besonders an den unteren Extremitäten, Muskelkraft erhalten, Nystagmus. Haut- und Sehnenreflex normal. Im Liquor alle Syphilisreaktionen positiv, ebenso Blutwassermann. Durch spezifische Behandlung wird der Liquor gebessert, die klinischen Erscheinungen kaum verändert. Der syphilitische Ursprung der Zerebellaratrophie, der in diesem Falle unbestreitbar erscheint, wird sonst nicht erwähnt; außer der Syphilis können bei derartigen Erkrankungen auch andere Infektionen eine Rolle spielen. E. Levin-Berlin.

Crises de colères et syphilis héréditaire (Wutanfälle und kongenitale Syphilis), von M. de Larminat. (Progr. méd., 1928, Nr. 24, S. 1008—1011.) In 9 Fällen mit teils positiver, teils negativer WR werden die mit Zyanose verbundenen Krisen durch spezifische Behandlung zum Schwinden gebracht. E. Levin-Berlin.

Der gegenwärtige Stand der Lehre über die hereditäre Syphilis, von Jasaitzkij. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1928, Bd. 24, Nr. 7.) Übersichtsreferat.

A. Jordan-Moskau.

e. Therapie

Über Bismogenol, von S. F. Michajlow und E. S. Naumow. (Hautvenerische Klinik der II. Moskauer Staatsuniversität. Direktor: Prof. A. P. Jordan). Arbeiten der II. Moskauer Universität, 1928, Bd. 1, Nr. 2.) An der Klinik wird hauptsächlich das russische Biochinol, meist in Kombination mit Neosalvarsan, angewandt. Über die therapeutische Brauchbarkeit dieses Präparates ist in der russischen Zschr. f. Derm., 1926, Nr. 91 berichtet. Von deutschen Wismutpräparaten wurde das Bismogenol geprüft, teils für sich allein, teils in Kombination mit Neosalvarsan; es erwies sich als reizlos und gut verträglich. Die Kuren bestanden aus 10—20 Injektionen zu 1.0 g, bei Kindern 0.2 g Bismogenol. Behandelt wurden 50 Pat. im Alter von 5 Monaten bis zu 62 Jahren mit Lues I, II, III und congenita. Durchweg zeigte sich prompte Beeinflussung der Krankheitserscheinungen der Haut und der inneren Organe. Bei Keratitis parenchymatosa wurde die Sehfähigkeit gebessert, syphilitische Nephrose heilte. Vor dem Biochinol hat Bismogenol den Vorzug der Schmerzlosigkeit. Grumme.

Salvarsan et système réticulo-endothélial (Salvarsan und retikulo-endotheliales System), von F. Jimenez de Asua und M. J. Kuhn. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928,

Digitized by Google

Bd. 99, Nr. 21, S. 242.) Nach Einspritzungen von Neosalvarsan und Silbersalvarsan fanden sich bei Untersuchungen nach der Methode von Del Rio Hortega mit Argentumkarbonat Hypertrophie und Mobilisierung der Zellen des retikulo-endothelialen Systems der Milz, Leber, Lymphdrüsen, Auftreten von Granulationen in den Zellen dieses Systems im Verhältnis zur Menge des eingespritzten Medikamentes, Färbung des perivaskulären Retikulums aller Organe. Das retikulo-endotheliale System wird also durch das Salvarsan in einen Zustand funktioneller Hyperaktivität versetzt; die intrazellulären Granulationen stammen von unsichtbaren (kolloidalen) Körnchen des eingespritzten Medikamentes, das das Haften des Argentums an ihnen nach Art einer Beize begünstigt; darauf beruht auch die Färbung des Retikulums. Es wird durch diese Tatsachen die Anschauung bestätigt, daß das Salvarsan hauptsächlich auf dem Wege über das retikulo-endotheliale System wirkt. E. Levin-Berlin.

Eine neue histochemische Methode zur biologischen Untersuchung des Salvarsans und verwandter Arsenobenzolderivate, von N. von Janeso jr., Med. K. Szeged. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1928, Bd. 61, H. 1/2, S. 63.) Die Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf das Schicksal und den histochemischen Nachweis des Salvarsans in den Zellen und Geweben des Körpers nach Einverleibung der verschiedensten Salvarsanpräparate. Als angeblich neue Methode wird die Reaktion des Salvarsans mit ammoniakalischer Silbernitratlösung benützt, wobei an den Stellen des Gewebes, wo Salvarsan bzw. seine primären Umwandlungsprodukte gebunden worden sind, eine braunschwarze Färbung auftritt. Die genaue Technik ist im Original nachzulesen. Während die Altsalvarsanpräparate sowie seine Silberderivate sowohl beim Tier als auch beim Menschen hauptsächlich von den Zellen des Retikuloendothels gebunden werden und in den Kapillaren rundliche Arsenobenzolemboli sich finden, ist beim Neosalvarsan nicht das Retikuloendothel das Hauptdepot dieser Derivate, sondern das Bindegewebe. Sulfoxylatsalvarsan zeigt dem Bindegewebe gegenüber keine Affinität. (Zu bemerken wäre, daß der angewendete Nachweis des Salvarsans mit ammoniakalischer Silbernitratlösung keineswegs neu ist. Diese Methode ist von J. Schumacher schon seit vielen Jahren zu dem gleichen Zweck verwendet worden. Sch. verdanken wir auch bereits Untersuchungen über den Verbleib des Salvarsans im Gewebe mit dieser Methode. Er hat auch schon den exakten Nachweis dafür geführt, daß die von J. beobachteten Emboli aus freier Salvarsanbase bestehen. Der Ref.) W. Liese-Berlin.

The Effect of Acetylarsan in Early Syphilis (Über die Wirksamkeit des Azetylarsans bei Frühlues), von V. E. Lloyd. (The Lancet, 1928, Nr. 5470, S. 1320.) Bericht über die Erfahrungen mit dem französischen Präparat Azetylarsan, einer fünfwertigen organischen Arsenverbindung (subkutan gegeben) an 9 Männern und 17 Frauen. Die vornehmlich aus Krankengeschichten, Zahlen und Tabellen bestehende Arbeit ist zu kurzer Inhaltsangabe ungeeignet. Hinsichtlich Einwirkung auf Spirochäten und Negativwerden der Seroreaktionen ist das Präparat den Salvarsanen nicht überlegen; hingegen treten leichte toxische Erscheinungen, wie Kopfschmerz, Brechreiz, allgemeine Abgeschlagenheit, leichtes Erythem usw. relativ häufig auf. Schwere Folgezustände und schädliche Einwirkung auf die Nervensubstanz (wie plötzliche Erblindung) wurden nicht beobachtet. H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Affections cardio-vasculaires et traitement antisyphilitique (Herzgefäßkrankheiten und spezifische Behandlung), von A. Coury. (Paris méd., 1928, Nr. 21, S. 469 bis 477.) Bei den in Frage stehenden Affektionen hat eine negative WR keine Bedeutung und darf das therapeutische Handeln nicht beeinflussen. Da Syphilis so häufig zugrunde liegt, sollte die spezifische Behandlung eingeleitet werden, wenn keine andere Ätiologie nachweisbar; sie bietet selbst bei Insuffizienzerscheinungen mehr Vorteile als Gefahren. Selbst wenn Syphilis als Ursache nicht vorzuliegen scheint, kann Probebehandlung vorteilhaft sein. Das Hauptmittel für die Behandlung, das stets (auch bei Herz-, Leber- und Niereninsuffizienz) angewendet werden kann, ist Quecksilberzyanür. Ist der Kranke hierdurch genügend vorbereitet, so kann in einzelnen Fällen Salvarsan und Wismut, aber in schwächeren Dosen als sonst üblich angeschlossen werden. E. Levin-Berlin.

A propos du traitement des aortites syphilitiques. La base anatomique des notions de syphilis de l'aorte et d'aortite syphilitique (Zur Behandlung der syphilitischen Aortitis. Die anatomische Grundlage der Feststellung der Syphilis der Aorta und der syphilitischen Aortitis), von G. Caussade und A. Tardieu. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 23, S. 453—454.) Im Beginn bewirkt die Syphilis diffuse Läsionen der kleinen Gefäße (Perikapillaritis), der Vasa vasorum der Aorta, während sie später

Digitized by Google

eine ausgesprochene Neigung zeigt, sich zu lokalisieren (Aneurysma). Die Läsionen sind auf einzelne Segmente beschränkt und gruppiert. Es ist danach fraglich, ob ausgebreitete Veränderungen über den ganzen Verlauf der Aorta syphilitischer Natur sind; gegen die spezifische Natur derartiger chronischer Aortiden sprechen auch die hier bisweilen eintretenden Fissuren und Dilatationen. Auf eine solche nichtspezifische Aortitis kann sich indessen eine syphilitische aufpfropfen und zu Aneurysmen führen. In solchen Fällen sollte also doch spezifische Behandlung versucht werden. E. Levin-Berlin.

Le traitement antisyphilitique chez les cardiaques (Die antisyphilitische Behandlung Herzkranker), von Ch. Aubertin. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 25, S. 497 bis 498.) Die spezifische Behandlung kann ohne Gefahr von unangenehmen Zufällen eingeleitet werden, wenn man 1. sie auf Fälle beschränkt, in denen Aortitis nachzuweisen oder anzunehmen ist; 2. ausgesprochene Insuffizienz ausschließt; 3. das dem sonstigen Zustande des Kranken (Leber, Nieren) entsprechende Medikament wählt; 4. massive Dosen, besonders beim Salvarsan, vermeidet. E. Levin-Berlin.

Sur le traitement de la paralysie générale (Über die Behandlung der progressiven Paralyse), von H. Damaye und P. Avella. (Progr. méd., 1928, Nr. 24, S. 998 bis 1001.) Wesentlich ist ein frühzeitiger Beginn der Behandlung. Die weitgehende Wiederherstellung der geistigen Fähigkeiten darf nicht als Heilung betrachtet werden. In vier Fällen wurden sehr gute Erfolge mit kombinierter Salvarsanbehandlung erzielt, die wegen ihrer geringeren Gefahren der Malariabehandlung vorzuziehen ist.
E. Levin-Berlin.

Anatomie und Physiologie der Haut

Die Hautkapillaren beim arteriellen Hochdruck und ihre Beeinflussung durch Nitrite, von G. Deusch und A. Liepelt-Rostock. (D. Arch. f. kl. Med., 1928, Bd. 160, H. 3 u. 4, S. 207.) Bei arteriellem Hochdruck sind die Nagelrandkapillaren in der Regel eng und geschlängelt, bei mitunter diskontinuierlicher und manchmal stark beschleunigter Strömung; das Vorhandensein einer Nierenschädigung drückt sich in dem Verhalten der Kapillaren bei Hypertonie nicht aus. Unter der Einwirkung von Nitriten — Nitroskleran wurde bei den Versuchen verwendet — tritt bei Gesunden wie bei Hypertonikern mit der Blutdrucksenkung eine Erweiterung der Kapillaren ein, die mit dem Blutdruckanstieg wieder zurückgeht. Die Strömung in den Kapillaren ist kontinuierlich und beschleunigt. Die Kapillaren erscheinen zum Teil länger; häufig werden vorher unsichtbare Kapillaren sichtbar. Der Angriffspunkt der Nitritwirkung liegt in den kleinen Arterien und Arteriolen; die Erweiterung der Kapillaren wird vermutlich von den Arteriolen her reflektorisch ausgelöst. F. Winkler-Wien.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Für die Dermatologie wichtige Fragen aus der Bakteriologie, von H. Chiari-Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 30, S. 990.) Verf. bespricht in einem Fortbildungsvortrage einige für den Dermatologen wichtige Fragen, so die Kultivierung der Tuberkelbazillen nach der Loewenstein-Hohneschen Methode (im Original nachzulesen), die außerordentlich einfach ist und den Tierversuch ersetzen kann, ferner geht er auf den färberischen Nachweis der Pilze, der Gonokokken usw. ein und behandelt schließlich eingehend die Herstellung des Antivirus. E. Langer-Berlin.

Über den Einfluß des Zentralnervensystems auf Immunitätsvorgänge. III. Mitteilung: Beziehungen des Sympathikus zum Zustandekommen der Agglutination, von Bogendörfer. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1928, Bd. 133, H. 1/2, S. 107.) An Hunden wurde die Agglutininbildung bei gleichzeitiger Verabfolgung von Gynergen (Ergotamin, das sympathikotrop ist) untersucht; als Antigen wurden inaktivierte Paratyphus-B-Bazillen verwendet. Die Versuche (Tabelle) zeigten, daß nach Verabfolgung von Gynergen die Agglutininbildung nicht erfolgt. Die Antikörperbildung wird anscheinend nur dann beeinträchtigt, wenn bei Einverleibung des Antigens bereits eine Gynergenwirkung eingetreten ist; hieraus kann gefolgert werden, daß für das Zustandekommen der Agglutination die Mitwirkung des Sympathikus erforderlich ist. Brustmarkdurchtrennung ist ohne Einfluß auf die Antikörperbildung, hingegen wirkt Halsmarkdurchtrennung, da hierbei die spinalen Sympathikuszentren von den höher gelegenen Zentren abgetrennt werden. S. Habermann-Prag.

Nouvelle méthode d'immunisation curative. La vaccination régionale (Neue Methode therapeutischer Immunisierung. Regionäre Impfung), von P. Poincloux. (Compt.

Digitized by Google

rend. Soc. Biol., 1938, Bd. 99, Nr. 22, S. 287—289.) Die neue Methode besteht darin, daß eine geringe Menge einer Kultur des die Krankheit veranlassenden Keimes in die Stelle eingespritzt wird, die die Eingangspforte der Infektion darstellt. Bei Frauen mit Metritis cervicalis bewirkt die Einspritzung einer die banalen Keime (Coccus vaginalis, Bacillus vaginalis, Staphylococcus albus) enthaltenden Autovakzine keine Reaktion oder Besserung. Das gleiche zeigt sich, wenn man bei Frauen mit gonorrhoischem Zervikalkatarrh 5 Tropfen einer Gonokokkenvakzine unter die Haut spritzt, während bei Einspritzung in das Collum uteri oder, wenn es sich um eine Infektion der periurethralen Drüsen oder der Bartholinschen Drüsen handelt, in diese Stellen eine sehr heftige Allgemeinreaktion und offensichtliche Besserung eintritt. Bei auf Koliinfektion beruhendem Zervikalkatarrh erzielt man Reaktion und Besserung mit Einspritzungen von 5 Tropfen Kolivakzine ins Collum uteri oder in die Rektalschleimhaut, keine Reaktion oder Besserung bei Einspritzung unter die Haut. Die Heilwirkung wird auch in diesem Falle durch keine andere Vakzine erzielt. Bei Mischinfektion mit Gonokokken und Kolibazillen zeigt sich häufig das ziemlich typische Ergebnis, daß die Reaktion durch den Gonokokkus nur bei Einspritzung in die Skeneschen Gänge, nicht in irgend eine andere Stelle, durch Kolibazillen nur bei Einspritzung in das Collum uteri oder die Rektalschleimhaut hervorgerufen wird. Gleiche Beobachtungen können auch bei anderen Krankheiten gemacht werden. Es wird für diese Impfung der Name „Allgemeinimpfung an der Eintrittspforte" vorgeschlagen. E. Levin-Berlin.

Vaccinothérapie staphylococcique; importance du métabolisme microbien (Staphylokokkenvakzinetherapie. Bedeutung des Metabolismus der Mikroben), von A. Jaubert und P. Goy. (Presse méd., 1928, Nr. 56, S. 884.) Staphylokokkenemulsion ist eine gute Antistaphylokokkenvakzine. In vielen Fällen, wo diese unwirksam, gute Erfolge mit Staphylokokkenantitoxin, welche gut vertragen werden. D. Abel-Lörrach.

Recherches comparatives sur les méthodes de vaccination contre les streptocoques (sensibilisés et non sensibilisés) (Vergleichende Untersuchungen über die Methoden der Impfung gegen sensibilisierte und nichtsensibilisierte Streptokokken), von G. Magheru und C. Bonciu. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 23, S. 428 u. 429.) Von zwei Gruppen von Kaninchen wurde die eine mit nach der klassischen Methode sensibilisierten, die andere mit nichtsensibilisierten Streptokokken geimpft; der benutzte Streptokokkus hatte durch mehrfache Passagen beim Kaninchen eine sehr hohe Virulenz erhalten. Die Art der Impfung war bei beiden Gruppen die gleiche in bezug auf Menge und Zwischenpausen zwischen den Einspritzungen. Innerhalb beider Gruppen wurden die Tiere teils intravenös, teils subkutan, teils intrakutan immunisiert. Die Resistenz gegen die Impfung war bei sensibilisierten Streptokokken eine absolute, während bei nichtsensibilisierten 70% bei intravenöser, 10% bei subkutaner oder intrakutaner Impfung zugrunde gingen. Die erzielte aktive Immunität war am stärksten bei Verwendung nichtsensibilisierter Streptokokken, und zwar stärker bei subkutaner und intrakutaner als bei intravenöser Impfung. Hingegen waren die serologischen Eigenschaften (agglutinierende, präventive, kurative Fähigkeit) am ausgeprägtesten bei intravenöser Impfung; die agglutinierende Fähigkeit war bei dieser Methode im Serum der mit nichtsensibilisierten Streptokokken geimpften Tiere der mit sensibilisierten geimpften überlegen. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

An der Universität Montpellier ist ein Lehrstuhl für Dermatologie geschaffen worden.
Prof. P. G. Unna wurde zum Ehrenmitglied der American Medical Association gewählt.
Habilitiert: Dr. Sigwald Bommer in Gießen;
Dr. Friedrich Wilhelm Dietel in Erlangen;
Dr. Werner Jadassohn in Zürich.
Ernannt: Dr. L. Joulia zum Professeur agrégé in Bordeaux;
Dr. Jean Gaté zum Professeur agrégé in Lyon.
Gestorben: Dr. Lucius Duncan Bulkley in New York. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 41 (Bd. 87) 13. Oktober 1928

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. KREIBICH)

Über zirkumskriptes Myxödem

Von

Dr. JULIUS SAMEK, Sekundärarzt

Mit 1 Abbildung im Text

Es lassen sich die Hauterscheinungen beim Myxödem klinisch-morphologisch in 3 Formen einteilen: 1. Myxoedema diffusum, 2. Myxoedema tuberosum und 3. Myxoedema papulatum (Lichen myxoedematosus), von denen die beiden letzteren seit den Untersuchungen DÖSSEKKERS als atypische Formen der myxödematösen Hauterscheinungen zu bezeichnen ind. Daß die Diagnose eines atypischen Myxödems nur dann berechtigt st, wenn neben dem Schleimnachweis in der Haut noch anderweitige ichere Symptome des Myxödems vorhanden sind, ist seit DÖSSEKKER eine anerkannte Tatsache.

Ausgehend von einem Falle von Myxödem nach Strumektomie sei auf die zirkumskripte Form näher eingegangen.

33jähr. ledige Patientin, aus deren Familienanamnese nur ein wahrscheinlicher Morb. Basedow bei der Mutter hervorzuheben wäre, erkrankte vor 2 Jahren gleichfalls unter hyperthyreoiden Symptomen (Abmagerung, Herzklopfen, starkes Schwitzen, Durchfälle, Stärkerwerden des Halses). Da trotz Jodmedikation, Gynergen und Antithyreoidin keine Besserung eintrat, wurde im November 1927 die Thyreoidektomie vorgenommen. Hervorzuheben wäre, daß trotz der hervorstechenden Symptome des Hyperthyreoidismus der Grundumsatz normale Werte zeigte (Klinik Prof. BIEDL). Nach der Operation zunächst Besserung, dann im Laufe von 1—2 Monaten Ausbildung hypothyreotischer Erscheinungen: Schwellungen an Armen, Beinen und im Gesicht, Schmerzhaftigkeit der Gelenke und Knochen (Tibia, Vorderarmknochen), remittierende Krämpfe der oberen Extremitäten. Pat. nimmt stark an Gewicht zu, fühlt sich müde und langsam. Im Januar 1928 auftretende Schwerhörigkeit und Obstipation, gleichzeitig auffallend starke Behaarung der oberen und unteren Extremitäten und Auftreten der zirkumskripten, druckschmerzhaften Hautaffektion an den Unterschenkeln.

Status praesens: Patientin ist groß, von kräftigem Körperbau, Muskulatur normal, Panniculus adiposus mäßig. Die sichtbaren Schleimhäute sind unverändert, leichter Exophthalmus. Bezüglich der Sinnesfunktionen ist nur die Schwerhörigkeit auffallend (chronischer Katarrh der Membrana tympani?). Keine Herabsetzung der Sehnenreflexe; Sistieren der Menses, die erst nach einsetzender Thyroxinmedikation auftreten. Innere Organe physikalisch und röntgenologisch o. B. Pulsfrequenz 60 pro Minute, rhythmisch. Im Elektrokardiogramm ist das ZONDEKsche Phänomen (Fehlen der P- und T-Zacke) typisch positiv. Bezüglich des Stoffwechsels ist die starke Herabsetzung des Grundumsatzes auf — 28% hervorzuheben, ferner die für das Myxödem so typische Wasserretention. Blutbefund: Erythrozyten 5440000, Leukozyten 6000 (Segmentkernige 56%, Stabkernige 1%, Lymphozyten 30%, Monozyten 9%, Basophile 2%, Eosinophile 2%). Hämoglobin 75%, Blutdruck 117/80. WR negativ, ATK (1 : 10000 subkutan) schwach positiv.

Digitized by Google

Hautstatus: Die Haut ist in toto blaß von gelblicher Tönung, porzellanähnlich, derb, jedoch nicht spröde und rauh, im Gesicht und an den Extremitäten typisch myxödematös. Die unteren Extremitäten zeigen auffallend starke Behaarung. An der Außen- und Rückseite beider Unterschenkel im Bereiche der diffus myxödematösen Hautpartien je ein handflächengroßer, scharf jedoch unregelmäßig begrenzter Herd knapp oberhalb der Malleolen, der folgende Charaktere aufweist: Farbe gelblichrot mit deutlich zyanotischem Einschlag, beim Wegdrücken der Hyperämie restiert eine wachsgelbe Tönung. Die Herde sind durch ein eigenartiges nicht wegdrückbares Ödem eleviert. Dieser Zustand bewirkt eine ausgesprochene Konsistenzvermehrung, so daß diese umschriebenen Hautpartien fast nicht in Falten abzuheben sind und in dieser Hinsicht entfernt an zirkumskripte Sklerodermie erinnern. Zur histologischen Untersuchung wurde aus dem besonders ausgeprägten Herd an der Außenseite des linken Unterschenkels ein keilförmiges Stück durch die ganze Dicke der Kutis durch exzidiert. Die Probeexzision heilte per primam und die zunächst strichförmige Narbe veränderte sich im Laufe von 14 Tagen in ganz eigenartiger Weise; zu allererst fiel eine leichte diffuse Hypertrophie der Narbe auf, die zunächst an keloide Veränderung denken ließ, zumal in den anfänglichen Stadien das charakteristische Aussehen noch nicht ausgeprägt war. Etwa 6 Wochen nach vorgenommener Probeexzision ist die ganze Narbe deutlich elevierter und besonders die Partien zwischen den Nahtstellen sind knopfförmig erhaben und zeigen einen eigenartigen transparenten Glanz (s. Abb.).

Abb. 1. Myxödematös veränderte Narbe innerhalb des zirkumskripten Myxödemherdes

Histologischer Befund: Das exzidierte Stück wurde teils in Alkohol, teils in konzentrierter wäßriger Sublimatlösung fixiert und mit Hämalauneosin, Muzikarmin, Thionin und mit Methylgrün-Pyronin (Färbung der Schnitte auf verdünnter Farblösung, Vermeidung von Alkohol), ferner mit Weigerts Elastika und nach van Gieson gefärbt.

Dem Wesen des Prozesses entsprechend zeigt sich das Epithel fast völlig unverändert, erwähnenswert ist vielleicht nur eine stellenweise Verlängerung der Retezapfen und vermehrte Karyokinesen im Epithel, als mögliche Folge eines perstierenden Entzündungszustandes im Papillarkörper und der Cutis propria. Der Papillarkörper ist völlig frei von Muzin und sind auch hier die kollagenen und elastischen Elemente gegenüber der Norm relativ unverändert, zu bemerken wäre eine vielfach perivaskuläre Rundzellvermehrung. Die hauptsächliche Veränderung der Struktur beginnt im Stratum subpapillare und reicht durch das ganze Bereich der Kutis nach abwärts bis an die Grenze gegen das Unterhautzellgewebe. Als auffallendstes Merkmal eine ausgesprochene Metachromasie, ihre Entstehung einer abnormen Bindegewebssubstanz verdankend, die auf Grund ihrer färberischen Eigenschaften als Schleim zu deuten ist. Gegen den Papillarkörper zu Beginn mit feinstem faserigen Gerüst, das sich gegen die Mitte der Cutis propria zu fast diffusen Massen verdichtet, die auch hier eine scheinbare Faserstruktur zeigen; es zeigt sich nämlich bei verschiedener Tiefeneinstellung, daß diese scheinbaren Fasern den Furchen und Kanten einer mehr flächenhaft ausgebreiteten Substanz entsprechen, die sich gegen die Spindelzellen zu

Digitized by Google

deutlich verdichtet, der Oberfläche der Bindegewebszellkörper folgend. In den nach VAN GIESON gefärbten Präparaten ist das kollagene Bindegewebe im Papillarkörper unverändert zart, leuchtend rot gefärbt, während in der Cutis propria die Reste des Kollagens zerstückelt, teils aufgefasert und vielfach hyalin degeneriert erscheinen, verdrängt von einer zart blaßblau gefärbten Substanz, so daß die Cutis propria scheinbar vakuolisiert ist und besonders um die Fibroblasten herum leere Räume zu bestehen scheinen. Die elastischen Fasern sind gut gefärbt, ohne Zeichen von Degenerationserscheinungen, jedoch stark zerstückelt und wenig geschwungen, vielfach durch die metachromatische Substanz aufgefranst. Völlig frei von Schleim ist die Umgebung der Follikel und der Gefäße, um die Knäueldrüsen nur mehr geringe Spuren von Muzin, das sich gegen die Septen der Fettläppchen völlig verliert. Der Zellgehalt der Cutis propria ist ebenfalls vermehrt, es ist vor allem der für das Myxödem typische reichliche Gehalt an Mastzellen erwähnenswert. Ziemlich dichte Infiltrationsmassen, bestehend aus lymphozytären Elementen, hauptsächlich um die erweiterten Gefäße, die geringgradig proliferative Wandveränderungen zeigen. Lymphozytäre Entzündungszellen finden sich daneben noch diffus verstreut über das ganze Bereich der Cutis propria. Aus der myxödematös veränderten Narbe wurde eine etwa hirsekorngroße, papulöse Effloreszenz gekappt und in Alkohol fixiert nach oben erwähnten Färbemethoden verarbeitet. Es interessierte hier vor allem der Schleimgehalt der exzidierten Effloreszenz, der auf Grund des makroskopischen Aussehens ein relativ großer zu sein versprach. Tatsächlich reicht hier der Schleim in feinst faseriger Struktur bis knapp an das Epithel heran und ist in mit Thionin gefärbten Präparaten deutlich in seinen ersten schleierartigen Zeichen zu beobachten, deren Ursprung aus der Bindegewebszelle hier markant zutage tritt. Auch hier die kollagenen Fasern im wesentlichen unverändert, scheinbar durch Ödem auseinandergedrängt und gelockert. Reichlicher Gehalt an Bindegewebszellen, die hier den Sternzellen des embryonalen Gewebes ähneln. Die Entzündungszellen treten stark an Zahl zurück und auch der Mastzellengehalt ist ein wesentlich geringerer. Die papillaren Gefäße sind vielfach gestreckt mit leicht gequollenem Endothel, so daß sie wie zusammengepreßt aussehen. Das Epithel ist stark verdünnt, stellenweise auf 3—4 Schichten reduziert, die Retezapfen im Gegensatz zum akanthotischen Epithel des übrigen Herdes ausgeglichen, die Epithelzellen klein mit dicht aneinanderliegenden Kernen.

In pathogenetischer Hinsicht läßt sich der beschriebene Fall klar als typisch myxödematöser Symptomenkomplex nach Strumektomie auffassen und gehört somit in die Gruppe der zuerst von TH. KOCHER nach Kropfexstirpation beobachteten und als Kachexia strumipriva bezeichneten Krankheitsformen (Patientin lag unter der Diagnose Myxödem an der propädeutischen Klinik des Herrn Prof. BIEDL, von der auch sämtliche internen Untersuchungen stammen und die in dankenswerter Weise den Fall zur Publikation überließ).

Einer Besprechung vom kausal-genetischen Standpunkt bedarf jedoch die zirkumskripte Hautaffektion an den Unterschenkeln. Dieselbe Frage wurde bereits von DÖSSEKKER in der Richtung angeschnitten, warum statt

Digitized by Google

des diffusen Myxödems zirkumskripte, häufig tumorartige Bildungen entstehen und kann dahin erweitert werden, warum in ein und demselben Falle umschriebene Formen neben dem typischen Vollbild auftreten, gewissermaßen aufgepfropft auf diffus myxödematöse Hautpartien. Dössekker stand bei seiner Fragestellung noch auf dem unentschiedenen Standpunkt, ob die muzinösen Massen als fremdartige Einlagerungen auf dem Blut- oder Lymphwege eingebracht werden, wofür sich Pawloff entscheidet, oder ob das Muzin im Bindegewebe entsteht. Diese Frage wurde in letzter Zeit von Kreibich und Týb auf Grund überzeugender morphologischer Bilder in dem Sinne geklärt, daß es die trophisch abnorm eingestellten Fibroblasten sind, die den Schleim entweder durch schleimige Entartung präkollagener Substanz oder durch direkte Schleimproduktion liefern. Einen weiteren Beweis vom ontogenetischen Standpunkt bringt die Ribbertsche Ansicht über die Sonderstellung des Myxoms als Geschwulst sui generis. Im selben Sinne wie beim myxomatösen Tumor die Zellen des embryonalen Gewebes statt leimgebendem Schleimgewebe liefern, ist die Vorstellung nicht von der Hand zu weisen, daß es auf der Basis der Schilddrüsenerkrankung zu einer Entdifferenzierung der Fibroblasten kommt, die ja auch vielfach embryonalen Sternzellen gleichen. Sicher ist im innersekretorischen System die Thyreoidea mit einem trophischen Moment in der Entwicklung und Differenzierung kollagenen Bindegewebes, höchstwahrscheinlich auf dem Wege des vegetativen Nervensystems, eine Ansicht, die bei der Sklerodermie noch markanter zum Ausdruck kommt. Auf dem Boden der trophischen Bindegewebsstörung stehend, läßt sich die Frage des zirkumskripten Myxödems einigermaßen klarer an. Die Systemerkrankung des kollagenen Bindegewebes bleibt scheinbar latent und kommt überall dort zum Ausdruck, wo abnorme Ansprüche an die Fibroblasten, sei es endogener oder exogener Natur gestellt werden. Daß dann, wie in unserem Falle an der Außen- und Rückseite der Malleolargegend, an Stellen, die zu Stauung und leichter Erfrierung und damit zu Affekten im Bindegewebe neigen, ein zirkumskriptes Myxödem dem diffusen aufgepfropft wird, ist ohne weiteres klar. Ein weiterer Beweis ist die myxödematöse Veränderung der aus der Probeexzision resultierenden Narbe, die auf Grund des reichlichen Muzingehaltes dem papulösen Myxödem entsprechen dürfte.

Überblickt man die bisherige Literatur über zirkumskriptes Myxödem und betrachtet die berichteten Fälle vom Gesichtspunkt der gleichsam latenten Systemerkrankung, die nur bei besonderer Beanspruchung des Bindegewebes manifest wird, so lassen sich die meisten Beobachtungen unter die Decke bringen. Im Falle Reitmanns und Lewtschenkows sind es vor allem die frei getragenen Hautpartien, deren Bindegewebe sicher unter viel differenteren äußeren Einflüssen steht; ferner besonderes Befallensein an den „Druckstellen oberhalb der Knie, zirkulär entsprechend den Strumpfbändern und am Stamm an der Gürtelfurche, sonst erscheint der Stamm frei“ (Reitmann); dieser Fall ist mit Recht zum Myxödem zu rechnen, während der Fall von Dubreuilh, vom Autor selbst als Sklerodermie betrachtet, unsicher bleibt und daher von unserem Standpunkt nicht beurteilt werden soll. Dössekker, der als erster das zirkumskripte Myxödem erkannte, beschreibt bei seinem Falle (Gemsjäger)

Digitized by Google

wiederum das Befallensein der freiliegenden Hautpartien, der Druckstellen an Nacken und rechter Schultergegend (Gewehrriemen?) und ferner an Stellen, die Mazeration und Reibung ausgesetzt sind (Tumoren am Skrotum, Damm und After). Da entzündliche Affektionen jeder Art, ferner Temperatureinflüsse, vor allem Kältetraumen eine Belastung des Bindegewebsapparates darstellen, wäre im Falle Bogroffs und Krupnikoffs vielleicht das rezidivierende Gesichtserysipel und der Typhus exanthematicus, vor allem aber das zweimalige prompte Auftreten nach starken Abkühlungen als auslösendes Moment anzuführen. Beim Falle Pawloffs, der dem klinischen und histologischen Bilde nach dem tuberösen Myxödem zugehörig erscheint, sind ebenfalls Hautpartien befallen, die vorzugsweise einer Scheuerung durch Kleider und Kappe ausgesetzt sind. H. Hoffmann beschreibt ein zirkumskriptes, planes Myxödem am Unterarm mit einer Lichen-Vidal-Dermatose am gleichseitigen Handrücken; es besteht vielleicht die Möglichkeit, daß den myxödematösen Stellen ebenfalls ein Lichen Vidal vorangegangen ist, und daß hier die durch das Jucken bedingte Scheuerung die auslösende Ursache war. Viel schwerer zu deuten sind die Fälle von Lichen myxoedematosus (Myxoedema papulatum), wie Kreibich seinen zunächst als Lichen sclerosus geführten Fall bezeichnet. Auch in seinem Falle die Betonung des Scheuerungsmomentes und Sitz der Knötchen längs Kratzeffekten; diese letztere Lokalisation spräche für Bereitschaft und es würde sich hier Ähnliches wiederholen wie bei Lichen ruber planus, Psoriasis u. a. Während aber bei den zwei genannten Erkrankungen die kranken Stellen vorher vollkommen gesund sind, muß beim zirkumskripten Myxödem das Befallensein auch der scheinbar gesunden Haut betont werden, dafür spricht der Schleimnachweis in der anscheinend normalen Rückenhaut im Falle Hoffmanns, in unserem Falle das ausgesprochen diffuse Myxödem neben der zirkumskripten Form. Ein weiterer Beweis für die morphologische Veränderung der ganzen Haut wäre vielleicht die pathologische Form des Elektrokardiogramms, die auf Grund neuerer Untersuchungen von Lueg nicht kardial bedingt ist, sondern infolge Zunahme der Polarisierbarkeit des Körpers und besonders der Haut entsteht, also aus physikalisch-chemischen Gründen „der abgeleitete Strom entstellt wird und daher nicht mehr ein treues Abbild der Elektrizitätsschwankungen des Herzens ist“ (Lueg). Analog den Befunden beim Myxödem hat sich in einem Falle Kreibichs beim Xanthoma papulatum ergeben, daß auch die normale Haut reichlich Xanthomzellen enthielt, die an von außen gedrückten gereizten Stellen zum kenntlich sichtbaren Xanthom zusammentraten; es fand sich dort auch zosteriformes Xanthom, das auf eine veränderte trophische Innervation der Metamere bezogen wurde; es dürften vielleicht im Falle Trýbs, der vom Autor allerdings mit Reserve zum Myxödem gerechnet wird, neben äußeren Momenten ähnliche nervöse Vorgänge eine Rolle spielen, wofür die symmetrische Anordnung zu sprechen scheint.

Wir beabsichtigten hiermit den Hinweis auf die Systemerkrankung des Bindegewebsapparates auch beim atypischen Myxödem und auf der Basis der von Kreibich und Trýb erkannten Genese des Muzins werden diese zirkumskripten Formen auf eine lokale Beanspruchung des Binde-

Digitized by Google

gewebes endogener oder exogener Natur bei sonst anscheinend latent bleibender Erkrankung zurückgeführt.

Nachtrag bei der Korrektur: Wegen der klinischen Ähnlichkeit sei nachträglich auf einen Fall RICHTERS (Derm. W., Bd. 84) hingewiesen, dessen Deutung im Sinne einer Unterfunktion der Schilddrüse erfolgt; ferner sei eines von WESTPHALEN (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 24, S. 590) vorgestellten Falles Erwähnung getan, bei dem die Hauterscheinungen neben typischem Basedow bestehen.

Literatur

BOGROFF und KRUPNIKOFF, Zur Klinik der Hautdysthyreose. Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 61. — DUBREUILLH, Fibromes miliaires folliculaires: sclérodermie consécut. Ann. de Derm. et de Syph., 1906, Bd. 7, Serie 4. — DÖSSEKKER, Über einen Fall von atypischem, tuberösem Myxödem. Arch. f. Derm., Bd. 123, S. 76. — HOFFMANN, H., Über zirkumskriptes, planes Myxödem mit Bemerkungen über Schleim und Kalk bei Poikilodermie und Sklerodermie. Arch. f. Derm., Bd. 146, S. 89. — KREIBICH, Muzin bei Hauterkrankung I. u. II. Arch. f. Derm., Bd. 150, S. 243 und Bd. 153, S. 799. — KREIBICH, Zosteriformes Xanthom. Arch. f. Derm., Bd. 152, S. 365. — LEWTSCHENKOW, Ein seltener Fall von myxomatöser Hautdegeneration (Myxoma cutis). Mh. f. pr. Derm., Bd. 50. S. 239. — LUEG, W., Über das Elektrokardiogramm des Myxödems. Zschr. f. kl. M., Bd. 104, S. 337. — PAWLOFF, Ein Fall von atypischem, tuberösem Myxödem. Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 513. — REITMANN, Über eine eigenartige, der Sklerodermie nahestehende Affektion. Arch. f. Derm., Bd. 92, S. 417. — RIBBERT, Über das Myxom. Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 4, H. 1. — TRÝB, Über eine seltene Erkrankung der Haut mit Scheimanhäufung. Arch. f. Derm., Bd. 143, S. 428.

Hautregeneration und das Hautserum Novipithel

Von

Dr. KURT HOLZAPFEL in Berlin

In seiner Abhandlung über die allgemeine Pathologie und Therapie der Greisenkrankheiten[1]) schreibt B. NAUNYN u. a.:

„Über Mittel gegen das Altwerden findet man viel bei FINOT, und auch in gegenwärtiger Zeit ist noch davon zu sprechen; ein Vorschlag METSCHNIKOFFS kann nicht mit Stillschweigen übergangen werden. Nach METSCHNIKOFF handelt es sich beim Altern um einen Kampf zwischen den edlen Elementen der Gewebe und den Phagozyten: jene sind in ihrer Vitalität geschwächt, diese zeigen eine größere Aktivität, sie gehen angriffsweise gegen jene vor, verzehren sie geradezu, s. z. B. die Ganglienzellen des Zentralnervensystems. Danach könnte es, so sagt METSCHNIKOFF, wohl gelingen, das krankhafte Greisentum (vieillesse pathologique) zu bekämpfen, wenn es gelänge, jene edleren Elemente des Organismus zu kräftigen und die aggressive Tendenz der Phagozyten zu schwächen. Es gibt solche Mittel, und es hat nichts Unvernünftiges, nach Mitteln zu suchen, welche die Blutkörperchen, die Nervenzellen, die Leberzellen, Nierenzellen, Muskelfasern des Herzens usw. kräftigen. Die Aufgabe ist erleichtert durch die Entdeckung der Sera, welche auf diese Elemente wirken. Diese zytotoxischen Sera haben (nach BELONOWSKI) in kleinen Dosen die Eigenschaft, die spezifischen Elemente der Gewebe, anstatt sie zu töten oder aufzulösen, zu kräftigen. Damit wäre der rationelle Weg gegeben, die edlen Elemente des menschlichen Organismus zu kräftigen und sie am Altern zu verhindern. Man könnte glauben, so sagt METSCHNIKOFF weiter, daß diese Aufgabe leicht sei, sie ist aber voraussichtlich sehr schwer. Soviel ich weiß, hat noch niemand sich daran gewagt, diesem Vorschlage METSCHNIKOFFS praktische Folge zu geben."

Nun, in dem wirklich heroischen Kampfe, der gerade in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten mit verschiedenen Methoden wieder ein-

[1]) I. SCHWALBE, Lehrbuch der Greisenkrankheiten, Stuttgart 1909.

Digitized by Google

mal gegen den doch biologischen Prozeß des Alterns geführt wurde, hatten wir hinreichend Gelegenheit, uns von neuem davon zu überzeugen, daß diese Aufgabe nicht nur, wie METSCHNIKOFF sich optimistisch ausdrückte, sehr schwer, sondern offenbar unerreichbar ist und nach wie vor eine Utopie bleibt. Es besteht heute kein Zweifel darüber, daß die an sich genialen Forschungen STEINACHS — von den völlig unbewiesenen und wissenschaftlicher Kritik nicht standhaltenden „Erfolgen" VORONOFFS und anderer Verjüngungsdoktoren können wir absehen — in bezug auf die praktische Anwendung beim Menschen, die von unverbesserlichen Phantasten erwarteten Hoffnungen auf eine vollkommene Verjüngung des gesamten Organismus oder gar eine dauernde Verhinderung des Alterns in keiner Weise erfüllt haben und auch gar nicht erfüllen konnten. Nebenbei bemerkt, wäre es ein großes Unglück, wenn es der Wissenschaft gelänge, dem Menschen zur „ewigen Jugend" zu verhelfen und damit die alte Sage vom Ahasver zur Wirklichkeit werden zu lassen, vom Ahasver, dem das ewige Leben zur unsagbaren Last wurde, dem es zum Fluche statt zum Segen gereichte.

Ein ganz anderes Gesicht bekommt das Problem, wenn wir aus dem Reiche der Träume und Phantasien in das Gebiet des Möglichen und vielleicht Erreichbaren zurückkehren. Wir müssen uns darüber klar sein, daß es schon einen außerordentlichen Fortschritt bedeutet, falls es gelingt, ein Regenerationsmittel zu finden, das den mit zunehmendem Alter unvermeidlichen Niedergang und die unausbleiblichen Abnutzungserscheinungen wenigstens noch eine Zeitlang in ihrem augenfälligsten Symptom, dem äußerlich sichtbaren Verfall der Haut, aufzuhalten und zu beheben vermag. Hier handelt es sich nicht mehr um die Utopie von der ewigen Jugend oder um die Züchtung eines neu erotisierten, ekelerregenden Lustgreisentums, sondern um einen viel enger begrenzten und darum auch eher denkbaren Effekt mehr kosmetischer Natur, der in der regenerierenden Beeinflussung und Behebung aller in der Haut sich bemerkbar machenden Alterserscheinungen sein Ziel sieht. Wenn wir uns mit einer Lösung der Aufgabe in diesem bescheidenen Rahmen zufrieden geben, so läßt sich schon heute über positive, bemerkenswerte Regenerationserfolge berichten.

Bereits im Jahre 1910 begann der damals in Berlin, jetzt in New York praktizierende Facharzt für Hautleiden, JOSEF F. KAPP, an planmäßigen histologischen Untersuchungen über die Altersveränderungen in der Epidermis zu arbeiten und kam dabei in Übereinstimmung mit anderen Autoren zu nachstehenden Ergebnissen:

1. Die Mitosenbildung sinkt mit zunehmendem Alter wesentlich und kommt oft völlig zum Stillstand.
2. Die Papillen erscheinen flacher.
3. Die Gesamtdicke der Epidermis nimmt ab, und zwar in der Hauptsache durch Schwund der Stachelzellenschicht.
4. Die Epithelzellen werden teils kleiner, teils weisen sie unregelmäßige Formen und blasige Schwellung auf.
5. Das Ektoplasma der Epithelzellen nimmt manchmal an Breite zu.
6. Das alternde Epithel zeigt häufiger Pigmenteinschlüsse.
7. Die Verhornung der oberen Epithelschichten bekommt einen unregelmäßigen Charakter.
8. Die ganze Oberhaut wird von einem fortschreitenden Eintrocknungsprozeß ergriffen.

Digitized by Google

Diese Untersuchungen ergänzte KAPP noch durch solche bezüglich der wichtigsten Altersvorgänge in der Subkutis und im subkutanen Fettgewebe und konnte dabei die folgenden zum Teil schon bekannten Tatsachen bestätigen:

1. Verminderung der Zahl der Kapillaren, daher verminderte Blutfülle (Kühle der Greisenhaut).
2. Schwund elastischer und kollagener Fasern.
3. Atrophie von Fettgewebe.
4. Verdickung und oft beträchtliche Vermehrung der gewöhnlichen Bindegewebsfasern.

Auf Grund der durch seine Arbeiten gewonnenen Resultate glaubte KAPP die von NAUNYN bzw. METSCHNIKOFF zum Ausdruck gebrachten, oben zitierten Gedanken und Vorschläge für seine Zwecke praktisch auswerten und wenigstens für die Haut ein Mittel finden zu können, das in Form eines in großen Dosen zytotoxischen Hautserums imstande wäre, in entsprechend kleinen Dosen den Verfallserscheinungen in alternder Epidermis entgegenzuwirken und frischen Zellaufbau zu stimulieren.

In seiner Einführungsarbeit[1]) beschreibt KAPP die in dieser Richtung bereits im Jahre 1911 begonnenen und mit Unterbrechungen 16 Jahre lang fortgeführten Versuche, die endlich zur Gewinnung des von ihm „Novipithel" genannten ersten biologischen Hautregenerationsserums führten. Die ungewöhnlich lange Zeitdauer dieser Versuchsreihen liegt, abgesehen von den eingeschalteten Pausen, in den Schwierigkeiten begründet, durch immer erneute Determinierung der Dosis — von 0,5 ccm pro Kilo Tier bis herunter zu 0,001 ccm Serum und noch weniger — die toxische Wirkung zu eliminieren und durch Anregung der Mitosenbildung in eine stimulierende umzuwandeln, zugleich aber die Tiergattung zu finden, deren Hautextrakt eine andere Tierart so immunisiert, daß das gewonnene Blutserum gerade Menschenhaut im Sinne einer Regeneration optimal spezifisch zu beeinflussen vermag.

Als Ausgangstiere wurden von KAPP Mäuse, Katzen, Hunde, Meerschweinchen, Lämmer, Pferde, Kälber und Schweine zur Immunisierung von Kaninchen benutzt, bis sich schließlich bei Verwendung von Jungschweineepithel-Kaninchenserum beim Menschen die eindeutigsten Resultate ergaben. Nach 4—6wöchentiger subkutaner Injektion von 0,05 ccm Serum täglich in ältere Menschen von mittelschwerem Gewicht mit typischer Altershaut wurde die Haut deutlich fester, straffer und praller, sie war schwerer in Falten aufzuheben, ihre Farbe erschien reiner, ja oft verschwand das Alterspigment gänzlich. Runzeln, Falten und Krähenfüße im Gesicht konnten in einer Reihe von Fällen sich ganz augenfällig wieder ausgleichen. Wenn man gegen diese Erfolge makroskopischer Natur vielleicht einwenden kann, daß sie subjektiv gesehen sind, so müssen andererseits die mikroskopischen Befunde als vollgültige wissenschaftliche Beweise gewertet werden. In den histologischen Präparaten, die in größerer Menge von Mensch und Tier gewonnen wurden, fand sich immer wieder bereits nach einer Behandlung von mehreren Wochen in der Epidermis eine deutliche Proliferation der Epithelzellen, eine Zunahme

[1]) JOSEF F. KAPP, Über Versuche, die gesunkene Vitalität alternder Oberhaut zu heben. Derm. W., 1927, Bd. 84, Nr. 3.

Digitized by Google

der Gesamtdicke und eine überraschende Anzahl von 3—5 Mitosen in einem Gesichtsfeld sowie ein Verschwinden der sonstigen degenerativen Symptome, also zweifelsfreie Vorgänge einer ausgesprochenen Regeneration, während die vor Beginn der Injektionen angefertigten mikroskopischen Schnitte das übliche Bild alternder Haut mit seinen oben als typisch beschriebenen Alterserscheinungen zeigten.

Novipithel wird jetzt in Deutschland fabrikmäßig unter Kontrolle des Institutes „August von Wassermann" in zwei Formen hergestellt[1]): in 1-ccm-Ampullen, die, abgesehen von einem geringen Zusatz von Glyzerin und Phenol zur Sicherung einer unbegrenzten Haltbarkeit, das reine Serum wasserklar und dünnflüssig enthalten und in Tabletten, denen zu dem Serum noch Kalk mit Eisen und männliche bzw. weibliche Sexualhormone (also Tabletten masc. und fem.) hinzugefügt sind. Die praktische Anwendung des Novipithels erfolgte ursprünglich nach Kapps Vorschriften in der Weise, daß von dem Präparat subkutan an beliebiger Stelle des Körpers 1 Ampulle pro Tag mehrere Wochen bis 2 Monate hindurch injiziert wird, und daß die Patienten gleichzeitig zur Potenzierung der Wirkung dreimal täglich 2 Tabletten nach den Mahlzeiten in etwas Wasser einnehmen. Nach Kapps Erfahrungen ist es auch möglich, in besonders gelagerten Fällen, in denen sich aus irgend welchen Gründen eine Injektionskur nicht durchführen läßt, schon allein durch die Tabletten regenerative Vorgänge in der Haut zu erzielen.

Die Tabletten werden von den Patienten gut vertragen und verursachen keinerlei Beschwerden. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß in ganz vereinzelten Fällen, die allerdings auch sonst gegen jede andere Verabreichung von Medikamenten per os reagierten, geringfügige Störungen von seiten des Magen-Darmtraktus beobachtet worden sind, die jedoch durch eine Verminderung der Tagesdosis auf dreimal 1 Tablette sofort restlos behoben werden konnten. Dagegen zeigte sich bei den Subkutaninjektionen häufig nach der dritten bis vierten Spritze eine typische lokale Hautreaktion, die sich in einer meist mit Juckreiz und Brennen verbundenen, mehr oder weniger intensiven Schwellung und Rötung der Haut in Fünfmarkstück- bis Handtellergröße um die Einstichstelle herum äußert und dann nach 1—2 Tagen allmählich abklingt, ohne Residuen zu hinterlassen. Wenn auch durch tausendfache Anwendung hinreichend sichergestellt ist, daß diese Lokalreaktionen durchaus harmloser Natur und unschädlich sind, kann es doch keinem Zweifel unterliegen, daß derartige Nebenerscheinungen, die bei einer oder wenigen Einspritzungen schließlich in Kauf genommen werden könnten, bei der erforderlichen größeren Anzahl von Injektionen die Patienten erheblich stören und insbesondere bei sensiblen Menschen die Durchführung der Kur ernstlich gefährden.

Dem Verfasser dieser Arbeit ist es nun durch längere Versuche gelungen, mit zwei einfachen technischen Hilfsmaßnahmen, von denen die eine in der Verwendung einer zweiten, frischen und von Serum freien Kanüle, die andere in der intramuskulären Applikation des Präparates besteht, jede Serumreaktion auf der Haut sowie jede Schmerzhaftigkeit bei

[1]) Herstellerin: Chemische Fabrik „Labopharma", Dr. Laboschin G. m. b. H., Berlin-Charlottenburg 5, Oranienstraße 11.

Digitized by Google

der Injektion zu vermeiden und damit den letzten Hinderungsgrund für eine allgemeine Einführung des Präparates in die Praxis zu beseitigen. Um dem Einwand zu begegnen, daß der Verfasser zufälligerweise nur serumunempfindliche Fälle behandelt hat, wurde in mehreren Versuchsreihen denselben Patienten abwechselnd eine Injektion subkutan mit gleicher Kanüle und eine intramuskulär mit gewechselter Kanüle gegeben. Dabei konnte ausnahmslos bei subkutaner Verabreichung das prompte Auftreten, bei intramuskulärer das jedesmalige Ausbleiben der Lokalreaktion beobachtet und somit bewiesen werden, daß allein in der geeigneten Technik das Fehlen der lästigen Nebenerscheinungen begründet liegt. Auf Grund dieser Ergebnisse empfiehlt sich die Anwendung des Novipithels nach folgender Gebrauchsanweisung:

Um Fällungen und Trübungen zu vermeiden, ist eine zuerst in der üblichen Weise durch Auskochen sterilisierte, dann steril vollkommen ausgetrocknete, oder mit steriler Ringer-Lösung durchgespülte Rekordspritze zu verwenden.

Die Einspritzung erfolgt nicht mit der gleichen Kanüle, die zum Aufziehen des Serums aus der Ampulle und zum Herausspritzen des Schaumes benutzt wird, sondern mit einer zweiten, ziemlich dünnen, einschließlich Konus 4—6 cm langen, von Novipithel völlig freien und trockenen Kanüle, die unmittelbar vor der Injektion auf die Spritze aufgesetzt wird. Zur Entfernung der in dieser Kanüle enthaltenen Luft ist etwas Novipithel aus der Spritze nachzudrücken, ohne es dabei zu einem Ausfließen der Serumflüssigkeit kommen zu lassen.

Die Injektion wird zur Vermeidung von lokalen Hautreaktionen ausschließlich intramuskulär gemacht. Als zweckmäßigste Stellen kommen die Rückenmuskulatur zwischen den Schulterblättern, die Oberschenkelstreckseite und die Gesäßmuskulatur in Betracht.

Es empfiehlt sich, die ersten 3 Novipithelinjektionen zur Desensibilisierung an drei aufeinander folgenden Tagen vorzunehmen. Im übrigen sind die Einspritzungen durchschnittlich 3mal in der Woche, bei stärkerem Verfall auch 4—5mal intramuskulär zu geben. Die Anzahl der zu einer Kur erforderlichen Injektionen richtet sich nach der Schwere des Falles und beträgt bis zu 60.

Wie sich aus diesen Vorschriften ergibt, ist inzwischen die Technik auch hinsichtlich der Häufigkeit der Injektionen auf Anregung des Verfassers dahin abgeändert worden, daß diese nicht mehr täglich gemacht werden, um durch eine Verlängerung der Behandlungsdauer die Umstimmung der Haut im Sinne einer Regeneration noch intensiver zu gestalten. Da zu einer Vollkur bis zu 60 Einspritzungen gehören, beginnt man zweckmäßigerweise zunächst mit einer Versuchsserie von 20 Injektionen dreimal wöchentlich (die drei ersten Desensibilierungsspritzen werden an 3 Tagen hintereinander gegeben), denen man dann, wenn bei stärkerem Verfall das Resultat noch nicht befriedigt, eine zweite und dritte Serie mit je 4—5 Einspritzungen pro Woche folgen läßt. An der Durchführung der Behandlung als Kombinationskur hat sich nichts geändert, die Patienten nehmen während der Zeit der Injektionen dreimal täglich 2 Tabletten bzw. bei geringerer Verträglichkeit dreimal täglich 1 Tablette nach den Mahlzeiten.

Es erscheint vorteilhaft, die Patienten vor Beginn und nach Beendigung der Behandlung zu photographieren, um so eine objektive Beurteilung der Erfolge sicherzustellen. Im übrigen muß insbesondere überschwenglichen Naturen gegenüber zur Vermeidung von Enttäuschungen nachdrücklichst betont werden, daß eine utopistische Verjüngung auch mit dem Hautserum ebensowenig erreichbar ist, wie mit

Digitized by Google

irgend einer anderen Methode, und daß es gar nicht das Ziel sein kann, durch das Präparat etwa jede aus der Gesichtsmimik sich ergebende Falte völlig auszugleichen und einem vielleicht 50jährigen Menschen das Aussehen eines 20jährigen zu geben.

In den seit Veröffentlichung der Einführungsarbeit Kapps vergangenen reichlich 1¾ Jahren hatten in Deutschland und Amerika verschiedene Hautärzte[1]), darunter auch der Verfasser, Gelegenheit, das erste Hautregenerationsserum an einer größeren Anzahl von Patienten anzuwenden und so die von Kapp berichteten Ergebnisse nachzuprüfen. Die aus eigener Anschauung gewonnenen Erfahrungen haben durchaus bestätigt, daß es möglich ist, auf vollkommen neuartigem, biologischem Wege durch das Novipithel den Altersverfall der Haut, mag er nun vorzeitig eingetreten sein oder den Jahren entsprechen, in seinen charakteristischen Erscheinungen zu hemmen und rückzubilden. Als Voraussetzung für die Wirksamkeit gilt selbstverständlich, daß die welke Haut nicht der Ausdruck einer schweren Erkrankung ist, sondern bei einem gesunden Organismus einen reinen Abnutzungsvorgang darstellt. Es hat sich weiter erwiesen, daß das Regenerationsserum in seinen Indikationen nicht nur auf den Altersverfall beschränkt bleibt, sondern für jeden Verfall der Haut schlechtweg mit dem gleichen Erfolge zur Anwendung kommt. So bewährt sich das Präparat zur Bekämpfung des Hautverfalles, wie er durch verschiedene äußere mechanische und chemische Schädigungen, z. B. durch den Gebrauch von unzweckmäßiger Creme, Puder, Schminke u. a. m. hervorgerufen wird. Novipithel dürfte auch dazu geeignet sein, als konservative Methode in einem Teil der Fälle die chirurgische Hautplastik zur Korrektur von Runzeln, Falten usw. überhaupt unnötig zu machen, in einem anderen Teil den Erfolg der immer nur den gegenwärtigen Zustand, aber nicht dessen Ursachen beseitigenden und daher keine Dauerresultate gebenden Operation durch die gleichzeitige Anregung frischen Zellaufbaues zu ergänzen und wesentlich zu verbessern. Das Serum vermag schließlich, und das scheint bei der heutigen Sehnsucht nach Schlankheit besonders wichtig, der Runzel- und Faltenbildung entgegenzuwirken, die bei Entfettungskuren dadurch leicht entsteht, daß das überdehnte elastische Hautgewebe der schnellen Fettverminderung nicht nachkommen kann. Es ist daher zur Erhaltung einer glatten Haut unbedingt von Vorteil, bei jeder Entfettungskur prophylaktisch das Präparat, zum mindesten in Tabletten, zu geben und möglichst schon einige Wochen vor Beginn der Entfettung die Novipithelkur einzuleiten.

Hier wird vielleicht der Einwand gemacht werden, daß diese Resultate, mögen sie an sich auch noch so gute sein, die Medizin schon deshalb weniger interessieren, weil es sich ja um eine in erster Linie kosmetische Angelegenheit handelt, und weil es schließlich einem wissenschaftlich eingestellten Arzte gleichgültig sein kann, ob eine von Eitelkeit geplagte ältere Persönlichkeit zu einer Hautregeneration kommt oder nicht. Dem ist zu entgegnen, daß bei der heutigen hohen Bewertung der äußeren Erscheinung und körperlicher Eigenschaften der Verfall der Haut ebenso

[1]) George S. von Wedelstaedt, M. D. Los Angeles, Calif. A New Serum Therapy of the Aging Skin. American Medicine, Dermatology Number, May, 1928.

Digitized by Google

wie jedes andere kosmetische Leiden für den davon Betroffenen unter Umständen einen wesentlich größeren Schaden bedeuten und ihn in unserer Zeit schärfsten wirtschaftlichen Kampfes in der Ausübung seines Berufes viel mehr beeinträchtigen kann, als eine leichtere Erkrankung, ganz abgesehen von den seelischen Qualen und reaktiven Depressionen, die das Bewußtsein eines unvorteilhaften Aussehens und die Furcht vor dem drohenden Altersverfall gerade bei kultivierten Menschen oft genug auslöst. Die früher übliche prinzipielle Ablehnung aller die Kosmetik angehenden Fragen seitens der Ärzteschaft hat dazu beigetragen, daß hier das Kurpfuschertum eine Ausdehnung annehmen konnte, wie kaum in einem anderen Zweige der Medizin, und sich heute in der Behandlung kosmetischer Leiden mit häufig sinnlosen, durchaus nicht immer ungefährlichen Methoden überbietet, so daß eine möglichst umfangreiche Beschäftigung der Ärzte mit diesem bisher weniger gepflegten Gebiete zugleich ein wirkungsvolles Mittel im Kampfe gegen die Kurpfuscherei bedeutet. Aus diesen Erkenntnissen heraus hat sich die medizinische Wissenschaft immer mehr davon überzeugt, daß nicht nur Krankheiten im engeren Sinne, sondern auch Leiden kosmetischer Natur in erster Linie vor ein ärztliches Forum als der berufenen Instanz gehören und beschäftigt sich sehr ernsthaft durch hervorragende Vertreter mit wissenschaftlich betriebener Kosmetik. Und so wird mit diesem Aufsatz bewußt zugleich der Zweck verfolgt und hoffentlich erreicht, der praktischen Kosmetik neue Freunde zu gewinnen, zumal die hier sich ergebenden Aufgaben nicht ausschließliches Reservat für den Dermatologen sind, sondern für jeden modern eingestellten Arzt in Betracht kommen, der sich nicht damit begnügen will, Krankheiten zu behandeln, sondern seine vornehmste Aufgabe darin sieht, leidenden Menschen zu helfen.

Wenn KAPP auch ursprünglich nur darauf ausging, ein Mittel zu finden, das die Alterserscheinungen der Oberhaut zu beeinflussen geeignet wäre, so war doch von vornherein damit zu rechnen, daß sich ein solches Hautregenerationsserum nicht auf rein kosmetische Zwecke beschränken könne. Bereits am Schlusse seiner Einführungsarbeit deutet KAPP darauf hin, daß Novipithel wahrscheinlich auch in der Dermatologie eine Zukunft haben dürfte, da er bei mehreren Fällen von nässenden Ekzemen als zufälligen Nebenbefunden eine verhältnismäßig rasche Überhäutung und Austrocknung bemerken konnte. Es lag also durchaus nahe, die Wirksamkeit dieses Serums, das in Regenerationsprozessen der Epidermis seine Aufgabe findet, bei solchen Dermatosen als Epithelbildner zu erforschen, bei denen eine Schädigung oder ein Verlust des Epithels im Vordergrunde steht. Um bei den beabsichtigten Versuchen zu möglichst eindeutigen Resultaten zu gelangen, kam KAPP im vergangenen Jahre mit dem Verfasser dahin überein, zu gleicher Zeit in New York und Berlin unabhängig voneinander eine möglichst große Reihe derartiger Krankheiten mit dem Serum zu behandeln. Zum neuerlichen Beweise dafür, daß bei der Novipithelwirkung tatsächlich spezifische, das Epithel zur Regeneration anregende Prozesse vor sich gehen müssen, wurden vereinbarungsgemäß Dermatosen verschiedener Ätiologie zur Beobachtung herangezogen, und zwar sowohl solche, bei denen die Schädigung und der Defekt in der Epidermis ein wesentliches Krankheitssymptom

Digitized by Google

darstellt, wie bei schlecht heilenden Wunden, beim Dekubitus, Ulcus cruris, dem auf Altersveränderungen beruhenden Pruritus senilis und schließlich bei einigen Ekzemformen, als auch im Gegensatz dazu solche völlig anderer Art, wie Psoriasis, Alopecia seborrhoica, Pityriasis rosea, Urticaria, Lichen ruber planus usw., bei denen also auf nennenswerte Erfolge kaum zu rechnen war.

Zu bemerken ist, daß mit voller Absicht nur ältere, vernachlässigte und hartnäckige Fälle ausgewählt wurden, die auf die sonst üblichen lokalen Methoden nicht reagiert hatten, daß während der Novipithelkur jede andere örtliche Behandlung unterblieb, um eindeutige Resultate zu bekommen, und daß schließlich nur Injektionen, und zwar mit dem reinen Serum ohne jede Beigabe von anderen Präparaten zur Anwendung kamen. Über die erzielten Resultate wird bereits in der amerikanischen Fachpresse[1]) in einer ausführlichen Besprechung mit genauer Statistik berichtet, so daß wegen der Einzelheiten auf diese Arbeit verwiesen werden kann, und hier die nachstehende Übersicht genügen dürfte. Von den insgesamt 71 auf diese Weise behandelten Patienten konnten 23 völlig geheilt und 13 teilweise geheilt bzw. erheblich gebessert werden, während bei 34 der Zustand unverändert blieb und sich bei 1 verschlechterte. Die 36 völligen Heilungen und erheblichen Besserungen verteilen sich auf die beiden oben erwähnten Gruppen so, daß 27 davon, das sind rund 70%, auf die 38 Dermatosen entfallen, bei denen die Epithelschädigung im Vordergrund stand, während die restlichen 9 erheblichen Besserungen — völlige Heilungen sind hier nicht beobachtet worden — den 35 behandelten Hautkrankheiten anderer Art zugute kamen. Zur richtigen Bewertung des Prozentsatzes von 70% völliger und teilweiser Heilungen bei denjenigen Hautkrankheiten, bei denen es auf eine Epithelregeneration ankam, ist darauf hinzuweisen, daß es sich durchweg um veraltete und vernachlässigte, von vornherein ungünstig liegende Fälle gehandelt hat, so daß unter besseren Voraussetzungen ohne weiteres mit einem wesentlich höheren Prozentsatz zu rechnen ist.

Somit darf auf Grund der erzielten Erfolge festgestellt werden, daß diese Versuche nicht nur die spezifische epithelregenerierende Wirkung des Novipithels von neuem bestätigt haben, da solche Hautleiden wie Pityriasis rosea, Psoriasis usw. völlig unbeeinflußt blieben, sondern zugleich einwandfrei den erwarteten Beweis erbringen konnten, daß das Hautserum auch in der Behandlung verschiedener Dermatosen seine guten Indikationen findet. Die sehr günstigen Resultate, die in verhältnismäßig kurzer Zeit beim Ulcus cruris, dieser wahren Crux, und in gleicher Weise beim Dekubitus verzeichnet wurden, deuten darauf hin, daß Novipithel sich hier vielleicht als das Mittel der Wahl erweisen wird, das auf biologischem Wege diese sonst außerordentlich hartnäckigen Krankheitsprozesse der Heilung entgegenzuführen vermag. Ähnlich liegen die Verhältnisse beim Pruritus senilis, bei dem man sich bisher mit einer rein symptomatischen Behandlung begnügen mußte, die oft genug das Leiden nur wenig milderte und Patient und Arzt der Verzweiflung nahebrachte. Die günstigen Erfolge, die bei einigen Ekzemformen in

[1]) KAPP and HOLZAPFEL, A New Skin Serum for the Treatment of Cutaneous Diseases.

Digitized by Google

die Erscheinung traten, dürften hier das Novipithel dazu berufen, die in vielen Fällen als Ultima ratio herangezogene Röntgenbehandlung überflüssig zu machen. Schließlich besteht darüber kein Zweifel, daß das Hautserum für schlecht granulierende Wunden eine aussichtsreiche Behandlungsmöglichkeit zur raschen Anregung der Epithelbildung bietet.

Es bleibt noch die sehr wichtige Frage zu klären, ob Novipithel ein in jeder Beziehung unschädliches Mittel ist, das ohne Vorbehalt zur Anwendung gelangen darf. Dazu ist zu sagen, daß die völlige Unschädlichkeit von KAPP durch eine große Reihe von Tierexperimenten und nicht zuletzt durch umfangreiche Selbstversuche am eigenen Körper sichergestellt wurde, bevor er das Serum der Öffentlichkeit übergab, und daß tausendfache Anwendung beim Menschen seit der Einführung des Präparates die absolute Harmlosigkeit hinreichend bewiesen hat. Es sind nun tatsächlich Bedenken dahin aufgetaucht und zur Diskussion gestellt worden, ob nicht das Novipithel als ein Reizmittel für die Epithelzellen ein schrankenloses Wachstum dieser Zellen, also mit anderen Worten ein Karzinom auf künstlichem Wege erzeugen oder einen erst in seiner Anlage vorhandenen, aber noch lange nicht in die Erscheinung tretenden malignen Tumor zur schnellen Vergrößerung veranlassen könnte. Diese Möglichkeit ist unbedingt zu verneinen, einmal aus der Erwägung heraus, daß es sich bei den Epithelzellen des Karzinoms um Jugendformen handelt, die keine organbildende Kraft haben und vor der Reife wieder zerfallen, dann auch, weil KAPP seine Versuche schon von selbst nach dieser Richtung ausgedehnt hat, aber niemals beim Tier einen irgendwie karzinomatösen Tumor oder überhaupt einen Tumor experimentell zum Entstehen bringen konnte. Als ein weiterer und sehr wesentlicher Beweis dienen noch 2 Fälle von seit längerer Zeit stationär gebliebenen Kankroiden, die KAPP mit Novipithel, selbstverständlich mit Einverständnis der Patienten, die über Sinn und Zweck der Versuche hinreichend unterrichtet waren, zu behandeln Gelegenheit hatte. Trotz längerer und intensiv durchgeführter Novipithelkuren gelang es nicht, den Zustand irgendwie günstig zu beeinflussen und die Ulzera durch Neubildung von normalen Epithelzellen zu schließen oder auch nur zu verkleinern. Auch histologisch blieb das Bild bei beiden am Ende der Behandlung das gleiche, wie es vor Beginn gewesen war, und zeigte im mikroskopischen Präparat nur den üblichen Befund, den man beim Ulcus rodens ja zur Genüge kennt. Wenn auch die Behandlung in bezug auf eine Heilung völlig erfolglos war — es liegen bei einem Kankroid aber auch ganz andere pathologische Verhältnisse vor als z. B. bei einer oberflächlichen Wunde —, so ist das histologische Ergebnis insofern von größtem Werte, als dadurch bestätigt wurde, daß die Furcht vor einem Anreiz zum schrankenlosen malignen Wachstum der Epithelzellen jeder Begründung entbehrt.

Zum Schlusse mag noch erwähnt werden, daß sich die neuesten Versuche des Verfassers in der Richtung bewegen, daß er — natürlich nur bei kosmetischen Fällen, nicht etwa bei Hautkrankheiten — auch zu den Injektionen, die ja im Gegensatz zu den Tabletten keine Keimdrüsenhormone enthalten, noch R.-Oottotal bzw. R.-Testitotal (Herstellerin ebenfalls „Labopharma" Dr. LABOSCHIN G. m. b. H.) hinzusetzt, indem

Digitized by Google

er sehr einfach den Inhalt einer Novipithelampulle mit einer Ampulle des Sexualhormons unmittelbar vor dem Gebrauch in der Spritze mischt und diese Komposition in der angegebenen Weise ausschließlich intramuskulär injiziert. Damit wird der Zweck verfolgt und, wie nach den bereits vorliegenden Resultaten gesagt werden kann, auch erreicht, die ja hinreichend bekannten, auf eine Behebung der Ermüdungserscheinungen der inneren Sekretion und auf eine dadurch bedingte Besserung des Allgemeinzustandes abzielenden Wirkungen der Keimdrüsenhormone als Basis zur Effektpotenzierung der spezifischen Hautregeneration durch das Novipithel zu benutzen.

Zusammenfassend läßt sich, nachdem seit der Einführung des Novipithels mehr als 1¾ Jahre praktischer Erfahrung vergangen sind, sagen, daß wir in dem Präparat das erste erfolgversprechende Mittel zur Regeneration der Haut auf biologischem Wege gewonnen haben, und daß wir damit voraussichtlich am Anfange einer aussichtsreichen Entwicklung der Serumtherapie zur Behandlung von Hautveränderungen sowohl kosmetischer Natur als auch ausgesprochener Erkrankungen stehen. Novipithel dürfte dazu berufen sein, der ärztlich betriebenen, auf wissenschaftlicher Basis beruhenden Kosmetik neue Wege zu weisen und, um Kapps Worte zu gebrauchen, viele der mehr oder minder nutzlosen Kosmetika überflüssig zu machen, da das Regenerationsserum den Verfall der Haut an seiner physiologischen Wurzel angreift, während im Gegensatz dazu alle anderen Mittel diese Defekte nur äußerlich zu verdecken vermögen. Was die Hautleiden anbetrifft, so müssen hier die genauen Indikationen für die einzelnen Krankheiten durch weitere eingehende Untersuchungen endgültig bestimmt werden, da die Anzahl der bisher behandelten, oben beschriebenen Fälle noch kein abschließendes Urteil gestattet. Nach den schon vorliegenden Ergebnissen unterliegt es jedoch keinem Zweifel mehr, daß Novipithel eine wertvolle Bereicherung der Behandlungsmöglichkeiten für verschiedene Dermatosen darstellt und sich voraussichtlich für einzelne von ihnen zum Mittel der Wahl entwickeln wird. Da sich die Novipithelkuren durch die Verbesserung der Injektionstechnik vollkommen schmerzlos und ohne jede Reaktion durchführen lassen, und da die Unschädlichkeit mit Sicherheit nachgewiesen ist, steht heute einer ausgedehnten Anwendung dieses Hautregenerationsserums nichts mehr im Wege.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

Nr. 6, Sitzung vom 14. Juni 1928

E. Jeanselme: **A propos du procès-verbal. A propos de la communication de MM. C. Audry und Vien sur l'action du Dmelcos chez un sujet atteint de lèpre tuberculeuse** (Zum Protokoll. Zu der Mitteilung der Herren C. Audry und Vien über die Wirkung von Dmelcos bei einem Patienten mit knötchenförmiger Lepra). S. 438. Der Kranke, bei dem eine Serie von sechs intravenösen Dmelcoseinspritzungen wirkungslos

Digitized by Google

geblieben waren, hatte kurz zuvor Pocken durchgemacht. Man hätte hiervon, wie das schon beschrieben worden ist, einen günstigen Einfluß auf die Lepra erwarten können, was jedoch nicht der Fall war.

Kitchevatz: **A propos du procès-verbal. Sur l'étiologie de la maladie de Nicolas-Favre** (Zum Protokoll. Über die Ätiologie der Lymphogranulomatosis inguinalis). S. 438. Der von Bory isolierte Mikroorganismus scheint dem von K. gezüchteten sehr nahe zu stehen; dieser letztere wächst jedoch sehr reichlich auf Gelatine, alte und sogar schon trockene Kulturen lassen sich leicht weiter verimpfen; die Sporen sind sehr resistent und finden sich fast in allen Präparaten.

L.-M. Pautrier: **A propos du procès-verbal. A propos de la pseudo-sarcomatose de Kaposi** (Zum Protokoll. Zur Pseudo-Sarkomatosis Kaposi). S. 439. Auf die Einwendungen, die in der vorigen Sitzung gegen die histologischen Befunde von Pautrier erhoben worden sind, soll später zurückgekommen werden.

L.-M. Pautrier: **A propos du procès-verbal. A propos de la dermatite chronique atrophiante, ou érythromélie** (Zum Protokoll. Zur Dermatitis chronica atrophicans oder Erythromelie). S. 439. Zu den Vorstellungen in der vorigen Sitzung ist zu bemerken, daß die lokalisierten, nicht progressiven Formen zwar vorkommen, aber selten sind. Handelt es sich um besonders eigenartige Erscheinungen, wie hier die der Hyperkeratose und Hypertrichose, so ist histologische Untersuchung erforderlich. Die Fälle zeigen auch wieder das regionäre Vorkommen der Krankheit und die relative Häufigkeit in Mitteleuropa.

L.-M. Pautrier: **A propos du procès-verbal. A propos des lésions sporotrichosiques survenant à la suite d'intradermo-réaction** (Zum Protokoll. Zu den im Gefolge einer Intrakutanreaktion aufgetretenen sporotrichotischen Läsionen). S. 440. Auch P. hat vor Jahren bei Gelegenheit von Versuchen über Intrakutanreaktionen an den Injektionsstellen sporotrichotische Läsionen auftreten sehen; bei der großen Seltenheit der Sporotrichose erklärt er diese Ereignisse mit voraufgegangenen Versuchen mit Sporotrichon, bei denen das ganze Laboratorium mit dem Pilz infiziert worden war.

Marcel Pinard, Pierre Vernier und Versini: **Lupus érythémateux évoluant depuis quatre années, traité et très amélioré par des injections intraveneuses d'un sel d'or** (Seit vier Jahren bestehender Lupus erythematodes, behandelt und sehr gebessert durch intravenöse Einspritzungen mit einem Goldsalz). S. 443. Zur Anwendung kam Triphal in acht steigenden Dosen von 0,025—0,025—0,025—0,05—0,1—0,1—0,1—0,1 und Pausen von durchschnittlich zehn Tagen. In eingehender Aussprache werden die von verschiedensten Seiten mit den Goldsalzen erzielten Erfolge und die dabei beobachteten Nebenerscheinungen besprochen, wobei Darier darauf hinweist, daß alles in allem die Goldbehandlung noch als gefährlich betrachtet werden muß und für die allgemeine Praxis nur mit großer Vorsicht empfohlen werden darf.

Rabut: **Lupus pernio.** S. 448. Die vor einer Reihe von Jahren bereits einmal vorgestellte Kranke (Bull. Soc. Franç. Derm.-Syph., Sitzung vom 7. Juli 1921. — Ref. diese Wschr. 1922, Bd. 74, S. 118), die damals als typisches Boecksches Sarkoid aufgefaßt worden war, zeigt jetzt nach fast völligem Schwinden der Erscheinungen ein Wiederauftreten und weiteres Umsichgreifen. An der linken Wange ein asphyktischer, leicht erhabener, tief infiltrierter Plaque, an der rechten ein ähnlicher, kleinerer, dazu diffuse Infiltration der Nase, an deren Haut sich gelbliche, transparente, lupomähnliche Knötchen finden. An den Fingern wie früher tonnenförmige Verdickungen, dazu an einigen hakenförmige Ankylosierungen. Röntgenologisch an den Fingern Dekalzifikationen, an den Lungen auf Tuberkulose verdächtige Veränderungen, jedoch keine Tuberkelbazillen im Sputum und negative Tuberkulinreaktion. Histologisch in der Haut und in einer Lymphdrüse tuberkuloides Gewebe, keine Tuberkelbazillen, Meerschweinchenimpfung negativ. Der histologische Befund stimmt mit dem früher erhobenen überein, und bei dem jetzt typischen Bilde eines Lupus pernio ist der Fall geeignet, die Anschauung von der Identität dieses und des Hautsarkoids zu stützen; die tuberkulöse Ätiologie erscheint wahrscheinlich, ist aber noch nicht sicher.

Jeanselme, Burnier und Eliascheff: **Considérations sur un cas de nodosité juxta-articulaire survenu chez un syphilitique** (Betrachtungen über einen Fall von juxta-artikulärem Knötchen bei einem Syphilitiker). S. 450. Der Fall ist den verhältnismäßig spärlichen anzureihen, in denen die juxta-artikulären Knötchen bei Personen auftreten, die Syphilitiker sind, andererseits niemals in Gegenden gelebt haben, in denen Pian einheimisch ist. Die WR war in dem Falle positiv. Das Knötchen wurde operativ entfernt und zeigte den gewöhnlichen histologischen Befund.

Digitized by Google

G. Gelman: **La gonoréaction et sa valeur clinique (Technique de Rubinstein)** (Die Gonoreaktion und ihr klinischer Wert [Technik von Rubinstein]). S. 456. Die Reaktion ist durchaus spezifisch. Beim akuten Tripper wird sie erst von der 2. bis 3. Woche ab positiv, hier ist die bakteriologische Untersuchung vorzuziehen; in chronischen Fällen und bei Tripperkomplikationen wird fast regelmäßig eine positive Reaktion gefunden.

Kitchevatz und V. Kitchevatz-Petrovitch: **Nouveaux résultats de la réaction de fixation dans la maladie de Nicolas-Favre** (Neue Ergebnisse der Fixationsprobe bei der Lymphogranulomatosis inguinalis). S. 459. Weitere Untersuchungen bestätigten das theoretische Interesse und den praktischen Wert der Fixationsprobe, die bei 68 % von 22 Kranken positiv ausfiel. Kontrolluntersuchungen an einer größeren Zahl Gesunder ergaben einen verschwindenden Bruchteil positiver Reaktionen, die übrigens sämtlich bei syphilitischen Personen auftraten. Bei der Untersuchung wird als Antigen eine Emulsion von aus den Drüsen isolierten Bazillen benutzt, doch tut auch ein Filtrat von einer Bouillonkultur dieselben Dienste.

R. Barthélemy: **Un cas de lichen plan guéri par l'autohémothérapie** (Ein Fall von Lichen planus, durch Eigenblutbehandlung geheilt). S. 461. In einem mehrfach rezidivierten Falle war ein sehr guter Erfolg erzielt worden. Wöchentlich zwei Einspritzungen von 10—12 ccm, im ganzen elf. Das Verfahren, mit dem von anderen Autoren bisher nur Mißerfolge berichtet worden sind, kann immerhin in Erwägung gezogen werden, wenn andere Behandlungsmethoden nicht durchgeführt werden können oder abgelehnt werden.

Giraudeau: **Cryothérapie directe à l'aide d'un mélange de neige carbonique et d'acétone** (Direkte Kryotherapie vermittels einer Mischung von Kohlensäureschnee und Azeton). S. 463. Feste pulverisierte Kohlensäure wird mit Azeton zu einer pastenartigen Masse gemischt, die leicht auf Wattetampons oder mit einem Spatel oder vermittels komprimierender Tuben auf die erkrankten Stellen gebracht werden kann. Gegenüber den Kohlensäureschneestiften und den als Kryokauter bezeichneten Metalltuben besteht die große Einfachheit der Apparatur, die bequeme Anwendung an allen Haut- und Schleimhautstellen und die Möglichkeit, jeden Druck dabei auszuschalten, also ganz oberflächlich zu wirken. In besonderen Fällen können der Paste auch noch andere Substanzen zugegeben werden. Lortat-Jacob tritt für die Vorzüge des Kryokauters ein.

G. Hufschmit: **Essai de traitement du lupus vulgaire par l'antigène methylique appliqué localement** (Versuch einer Behandlung des Lupus vulgaris mit örtlicher Anwendung von Methylantigen). S. 466. Direkte Einspritzungen des Antigens in den Krankheitsherd waren von zu starken schmerzhaften Reaktionen gefolgt; Applikationen von Mischungen desselben mit Fett, nach Analogie des Ektebins und ähnlicher Präparate, wurden im allgemeinen besser vertragen, und es gelang auch damit, wenn auch nicht regelmäßig, Besserungen zu erzielen. Weitere Untersuchungen sind erforderlich.

A. Galliot: **Radiographie et élimination des sels solubles de bismuth** (Röntgenologischer Nachweis und Ausscheidung der löslichen Wismutsalze). S. 468. Nach Einspritzungen löslicher Wismutsalze ist unmittelbar danach sowie am Ende einer Serie von 10—15 Einspritzungen röntgenologisch nichts nachzuweisen; nur metallisches Wismut in wäßriger Suspension gibt einen leichten Schatten, der aber schnell verschwindet. Trotzdem darf aber daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß das Wismut nicht in den Geweben verbleibt. Untersuchungen des Urins ergaben: nach der Einspritzung löslicher Salze wurde Wismut hier nicht länger als 4—5 Tage gefunden, nach der letzten Einspritzung einer Serie von metallischem Wismut in wäßriger Suspension noch nach 10—16 Tagen.

P. Sainton und P. Véran: **La réalisation expérimentale de la canitie et de l'alopécie en plaques par l'hyperthyroidisation intensive et prolongée chez le lapin** (Die experimentelle Erzeugung von fleckförmiger Kanities und Alopezie beim Kaninchen durch intensive und prolongierte Zufuhr von Thyreoideaextrakt). S. 471. Nachdem bei einem Kaninchen innerhalb von 14 Monaten 1603 g Extrakt verabfolgt worden waren, was zunächst ohne Störungen des Allgemeinbefindens vertragen worden war, trat plötzlich starke Abmagerung, Zittern usw. auf; zu gleicher Zeit zeigte sich fleckweises Auftreten weißer Haare, die dann ausfielen, an den betroffenen Stellen trat Nachwuchs schwarzer Haare ein. Die Störungen sind denen beim Basedow analog.

Digitized by Google

Sabouraud betont, daß bei Tieren stets mit Gewichtsverlust Haarausfall einhergeht, der fleckförmig sein kann.

G. Archambault und A. Marin: **L'électrodessiccation en dermatologie** (Die elektrische Austrocknung in der Dermatologie). S. 474. Für die Behandlung der meisten Dermatosen, deren Zerstörung wünschenswert erscheint, ist die monopolare Anwendung des Oudinschen Stromes der bipolaren des Arsonvalschen vorzuziehen. Ersterer hat eine höhere Spannung und eine geringere Intensität; es handelt sich dabei nicht um Fulguration, die Elektrode, in Form einer einfachen Nadel, muß mit der Haut in direktem Kontakt sein; sie ist kalt, erst der Widerstand der Gewebe erwärmt sie. Die Methode ist viel schonender als Elektrokoagulation und wirksamer als der Kyrokauter. Angewendet wurde sie mit gutem Erfolge bei Naevi, Warzen, Angiomen, Xanthelasma, Lupus erythematodes, spitzen Kondylomen, seniler Keratose, basozellulären Epitheliomen, Leukoplazie.

M. Halty: **Influence de l'infection déterminé par le „treponema hispanicum" sur les signes de la syphilis secondaire** (Einfluß der durch das „Treponema hispanicum" bewirkten Infektion auf die Zeichen der sekundären Syphilis). S. 477. Angesichts der gegen die Malariabehandlung vorliegenden Bedenken sind andere Fiebermittel zum Ersatz in Vorschlag gebracht worden. Als sehr geeignet erschien die Infektion mit Treponema hispanicum, das sich in Ratten gut hält; einige Tropfen des Herzblutes von an Keimen reichen Tieren in 1 ccm Zitratserum an der Vorderfläche des Unterarmes eingespritzt bewirken 3—4 kräftige Fieberanfälle, nach denen die Infektion spontan schwindet. Danach wurde eine spezifische Behandlung angeschlossen. Als Folge der künstlich erzeugten Fieberattacken zeigte sich ein geringer Einfluß auf die serologischen Kurven, ein zweifelhafter auf die klinischen Erscheinungen, häufig gute Wirkung auf die Drüsenschwellungen, in geringem Maße Verhütung von Rezidiven. Unter diesen Umständen wurde von weiteren Versuchen Abstand genommen.

P. Moure: **A propos du traitement chirurgical du lupus** (Zur chirurgischen Behandlung des Lupus). S. 486. Für die Behandlung geeignet sind zirkumskripte, nicht in weiterer Ausbreitung begriffene Fälle. Die Exzision muß auf einmal in vollem Umfange vorgenommen werden; man kann, besonders bei elliptischer Exzision, die sofortige Naht anschließen, doch empfiehlt es sich mehr, die Wunde zunächst mit Jodoformgaze zu bedecken, der Luft und Sonne auszusetzen und nach 15—20 Tagen zu transplantieren. Auf diese Weise werden Rezidive am sichersten vermieden. Die Narbe läßt sich dann noch weiter durch Abtragung hervorstehender Teile mit dem Rasiermesser verbessern. Bisweilen ist es auch angebracht, die Wunde spontan vernarben zu lassen, die Narbe dann nochmals zu exzidieren und primär zu nähen oder zu transplantieren.

L. Hufnagel, A. Hufnagel und de Nabias: **Nodosités des bras (huilômes) après injections d'huile camphrée avec métastases aux cuisses** (Knoten an den Armen [Oleome] nach Einspritzungen von Kampferöl mit Metastasen an den Schenkeln). S. 488. Einige Jahre nachdem die Kranke Kampferöleinspritzungen an den Armen (nur hier) erhalten hatte, traten Verhärtungen an den Schenkeln auf, wieder mehrere Jahre später auch an den Armen. Es bestehen jetzt an diesen Stellen subkutane, unregelmäßige, gebuckelte, harte, wenig bewegliche, ziemlich schmerzhafte Massen. Die histologische Untersuchung zeigt, daß es sich um Oleome handelt. Diese Aussaat auf Stellen, an denen keine Einspritzungen gemacht worden sind, finden sich gewöhnlich auf dem Boden von Infektionen; hier ist mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Syphilis voraufgegangen und es soll auch eine spezifische Behandlung eingeleitet werden. Die starken Schmerzen sind eine sehr ungewöhnliche Erscheinung.

A. Léri und J. A. Lièvre: **Naevo-carcinome généralisé avec mélanose diffuse** (Generalisiertes Naevokarzinom mit diffuser Melanose). S. 496. Bei der Patientin war nach Exzision eines Naevus, der eine maligne Degeneration befürchten ließ, ein örtliches Rezidiv, bestehend aus melanotischen Flecken, aufgetreten; nach erneuter Operation vermehrte Bildung von melanotischen Flecken und Tumoren, außerdem ausgebreitete Pigmentierung, besonders an den unbedeckten Körperteilen. Die Farbe ist eine grau schieferartige, leicht bläuliche; die Schleimhäute zeigen dieselbe Färbung, keine umschriebenen Pigmentflecken. Nach dem bald darauf erfolgten Exitus der Patientin zeigten sich Metastasen am Herzen, der Aorta, Leber, Milz, Pigmentinfiltration aller Elemente des retikulo-endothelialen Systems. Von den Karzinomzellen ist eine unverhältnismäßig starke Pigmentproduktion ausgegangen. Der Fall zeigt auch wieder das Unzweckmäßige chirurgischer Eingriffe.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Annales des Maladies Vénériennes

1928, Bd. 23, Nr. 6

Le liquide céphalo-rachidien dans la Syphilis. Deuxième partie. Les réactions colloidales du liquide céphalo-rachidien (Die Zerebrospinalflüssigkeit bei der Syphilis. Zweiter Teil. Die Kolloidreaktionen der Zerebrospinalflüssigkeit), von Kirchberg. S. 401. Nach eingehender Würdigung der einzelnen Kolloidreaktionen, ihrer Methodik, ihrer Modifikationen und ihrer Fehlerquellen, empfiehlt Verf. in erster Linie den Wassermann anzustellen und außerdem noch ein oder zwei Kolloidreaktionen. Er selbst bevorzugt die Benzoe- oder Mastixreaktion, die Berlinerblau- oder die Indigoreaktion oder endlich die Reaktion von Takata-Ara.

Une affection vénérienne peu banale: Le purpura vélo-Palatin „a Vacuo" (Seltene venerische Erkrankung: Purpura des Gaumensegels „e vacuo"), von Barthélemy. S. 451. Bei der Untersuchung einer Puella publica fanden sich am Gaumen bei sonst vollkommen gesunden Rachenorganen zahlreiche Schleimhautekchymosen bis zur Größe eines halben Frankstückes. Irgend eine rheumatische Affektion kam ätiologisch nicht in Frage. Dagegen hatte die Pat. tags zuvor einen Coitus ab ore ausgeführt; bei dem dabei im Munde auftretenden Vakuum ist es zu diesen Blutaustritten in die Schleimhaut gekommen.

1928, Bd. 24, Nr. 7

Recherches sur le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis tertiaire active (sans manifestations cliniques nerveuses) (Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit im Verlauf der aktiven tertiären Syphilis [ohne nervöse klinische Erscheinungen]), von Em.-Fl. Saratzeano, Erm. Constantinesco und R. Dimolesco-Bukarest. S. 483. Untersucht wurden 45 Kranke mit manifesten tertiär-syphilitischen Erscheinungen ohne Beteiligung des Nervensystems, und zwar 21 Männer und 24 Frauen. Dabei fanden sich in etwa einem Drittel der Fälle deutliche Veränderungen. Eine Druckerhöhung wurde festgestellt in 55,5% der Fälle, bei 22,2% fand sich eine Vermehrung des Gesamteiweißes; die Reaktionen von Pandy waren positiv bei 17,7%, von Weichbrodt bei 15,5%, von Nonne-Apelt bei 10,2%, von Noguchi bei 5,6%. Der Wassermann war 8mal positiv = 17,7%, die Benzoerektion 5mal = 10,2%. In 26,6% der Fälle fand sich vermehrte Lymphozytose. Zur Erklärung dieser Veränderungen gibt es zwei Möglichkeiten: entweder sind sie der Ausdruck einer beginnenden nervösen Syphilis, oder aber sie sind die Residuen der Allgemeininfektion; letzteres ist die Anschauung der Verfasser.

Dystrophies maxillo-faciales et syphilis (Dystrophien im Bereich der Kiefer und des Gesichts und Syphilis), von J. Meyer-Paris. S. 494. Defektbildungen im Bereich der Kiefer und des Gesichts und als deren Folge Behinderung der Atmung sind bei der hereditären Syphilis nicht selten und in zweifelhaften Fällen zur Sicherung der Diagnose verwertbar. Bei manifesten luetischen Erscheinungen ist eine spezifische Behandlung am Platze. Trotzdem ist diese nicht immer imstande, die Entwicklungsstörungen zu verhindern.

Effets médicamenteux des injections intramusculaires d'iodoforme sur le chancre mou (Medikamentöse Wirkungen intramuskulärer Jodoformeinspritzungen auf den weichen Schanker), von Gjorgjevitch und Bugarsky-Belgrad. S. 506. Bei Kranken, bei denen sich aus äußeren Gründen die externe Anwendung von Jodoform verbot, haben Verff. mit Erfolg Einspritzungen einer 7%igen Jodoformöllösung vorgenommen. Es wurde jeweils 1—3 ccm in Abstand von 1—2 Tagen in die Glutäen injiziert. Die Zahl der notwendigen Einspritzungen schwankte zwischen 10 und 60.

F. Landauer-Berlin.

Journal d'Urologie

1928, Bd. 25, Nr. 5

Les rétrécissements de l'urétère (Die Harnleiterverengerungen), von F. Legueu und B. Fey. S. 417. Auseinandersetzung mit den Arbeiten Hunners. Es handelt sich meist nicht um echte Verengerungen, sondern um funktionelle Störung der Harnentleerung.

Digitized by Google

Le diagnostic de la tuberculose rénale (Die Diagnose der Nierentuberkulose), von R. Fronstein-Moskau. S. 434. Klinische Übersicht. Befürwortung möglichst raschen aktiven Eingreifens, Nephrektomie im gegebenen Falle.

Etude des diverticules de la partie postérieure de l'urétère (Über die Divertikel der hinteren Harnröhre), von G. S. Epstein-Moskau. S. 441. Bericht über den Fall eines 39jähr. Mannes mit schwerer Pollakiurie und Schmerzen. Die Urethrographie zeigte ein Divertikel der hinteren Harnröhre. Daneben bestanden Pyonephrose rechts, Pyelonephritis links, Atonie der Ureteren und der Blase, Leistenhernie rechts mit Leistenhoden. Nach der Operation des Leistenbruches starb der Pat. an einer Bronchopneumonie. Die Autopsie bestätigte die klinischen Befunde; das Divertikel war mit feinem Pflasterepithel ausgekleidet. Die Diagnose solcher Divertikel wird sich auf die Inkontinenzbeschwerden, Sondierung mittels Mercierkatheter, trockene und Spülendoskopie und Urethrographie zu stützen haben.

La prostatographie (Die Prostatographie), von J. G. Gottlieb und F. J. Strokoff-Moskau. S. 451. Die Prostatographie kann mittels Füllung der Blase mit Luft oder einem Kontrastmittel wertvolle Ergänzung der übrigen Methoden bedeuten; Zystoskopie und klinischer Befund. Am besten hat sich das Reisersche Verfahren bewährt: Füllung mit Luft und Jodipin.

L'exploration fonctionelle rénale (Die funktionelle Nierenuntersuchung), von P. Buzeu-Bukarest. S. 458. Untersuchungen über den Ausscheidungszyklus des Phenolsulfophthaleins und Betrachtungen über die Rolle der Leber im Zyklus dieser Ausscheidung. Das Phenolsulfophthalein wird fast völlig von den Nieren ausgeschieden, nicht durch Magen oder Speichel, nur in Spuren mit dem Dünndarmsaft. Auch wenn eine kranke Leber eine Rolle für den Ausfall der Probe spielt, verliert die Probe doch nicht ihren Wert für den Chirurgen.

Bactériologie des cystites après néphrectomie pour bacillose et les conclusions thérapeutiques qui en découlent (Bakteriologie der Zystitiden und die daraus zu ziehenden therapeutischen Schlüsse nach Nierenentfernung wegen Tuberkulose), von P. Baron. S. 464. Findet man nach einer Nephrektomie wegen Tuberkulose eine noch bestehende Zystitis, so wird man mit absoluter Ruhe und Sonnenbestrahlung, eventuell auch mit Arsen- oder Phosphormedikation und ultravioletten Strahlen behandeln. Lassen sich keine Tuberkelbazillen feststellen, so wird man in vielen Fällen durch Spülungen mit Höllensteinlösungen Erfolge erzielen. Für nicht zu überwindende Zystitiden bleibt als letztes Mittel die chirurgische Ausschaltung der Blase.

Dilatation cystique de l'urétère étranglée au méat urétral (Zystische Dilatation des Harnleiters mit Vorfall und Abschnürung an der Harnröhrenöffnung), von J. Cibert-Lyon. Bericht über einen entsprechenden Fall bei einer 20jähr. Pat. Der Tumor ragte in Nußgröße aus der Urethra heraus. Operation. Gleichzeitig bestand eine enorme Erweiterung des Becken- und unteren Lendenteils des betroffenen linken Ureters.

Dysembryome rénal, urétère double unilatéral et dilatation cystique intravésicale (Nierendysembryom, doppelter Ureter der einen Seite und intravesikale zystische Dilatation), von H. Sloboziano, E. Soiu und M. Petresco. Darstellung des Falles eines einen Monat alten Säuglings, der an einer Bronchopneumonie gestorben war und bei der Sektion die in der Überschrift angegebenen Abnormitäten aufwies.

E. Sklarz-Berlin.

Actas Dermo-Sifiliograficas

1928, Jahrg. 21, Nr. 2

Studien über die Reaktion von Wassermann und besonders über die Resultate, welche bei Gefriertemperatur erhalten werden (Estudios sobre la reacción de Wassermann, y en particular sobre los resultados que se obtienen efectuándolas a temperatura de congelación), von N. Calvin. S. 83. Für die Gefriermethode der WR gießt Verf. die Mischung von Antigen, Serum und Komplement in einen kleinen Nickelrezipienten, welchen er auf einen bei den Gefriermikrotomen gebräuchlichen Platinbehälter stellt. Man öffnet den Verschluß, um das CO_2-Gas ausströmen zu lassen, und erhält eine vollständige Gefrierung der Mischung mit genügender Schnelligkeit. Nach vollendeter Gefrierung wird der Nickelrezipient mit einem Glasstopfen verschlossen, durch den man den Verlauf des Prozesses beobachten kann. Der in Tuben gefüllten

Digitized by Google

Mischung werden Ambozeptor und sensibilisierte Erythrozyten hinzugefügt und das Ganze im Wasserbade bei 37° C erwärmt. Man liest den Versuch in dem Moment ab, wenn die negativen Kontrollen durch komplette Hämolyse anzeigen, daß die Reaktion beendet ist. Die Gefrierungsmethode ergibt nach Verf. 5% mehr positive Resultate als der originale Wassermann und 4% mehr positive, als wenn zu gleicher Zeit der Wassermann und die MTR gemacht werden.

Beitrag zum Studium der Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta bzw. der venerischen Drüsengeschwüre von Nicolás und Favre (Contribución al estudio de la linfogranulomatosis inguinal subaguda o úlcera venérea adenógena de Nicolás y Favre), von J. A. G. Prieto-Madrid. S. 122. Einfach durch das historische Studium läßt sich nach Verf. ein Symptomenkomplex mit Lokalisation an den Inguinaldrüsen isolieren, den viele Autoren als eine unabhängige Krankheit betrachten. Das Auftreten nach verdächtigem sexuellem Kontakt, der häufige Nachweis einer genitalen Eingangspforte, die Lokalisation an den Inguinal- und Kruraldrüsen lassen vermuten, daß es sich um eine venerische Krankheit handelt. Das neue Syndrom an diesen Drüsen besitzt hinreichende klinische und anatomische Merkmale, um von anderen Drüsenaffektionen derselben Gegend unterschieden zu werden. Die Lymphogranulomatosis inguinalis ist fast konstant begleitet von einer Milzschwellung und besitzt immer ein charakteristisches Blutbild: mäßige Leukozytosis mit absoluter Mononukleosis und relativer Neuropenie und Lymphopenie. Die Intradermoreaktion mit eigenem Eiter, verdünnt und inaktiviert durch Wärme, ruft je nach der Verdünnung des Eiters die Bildung einer Papel hervor von größerer oder geringerer Intensität, die mehrere Tage bestehen bleibt. Diese Papel hat einen großen Wert für die Diagnostik dieser Affektion. Auch die histologischen Merkmale der Lymphogranulomatose sind hinreichend charakteristisch. Die Affektion ist nicht autoinokulabel. Sie ist auch auf Tiere schwer übertragbar. Vereinzelt sind Impfungen bei dem Meerschweinchen gelungen. Die Heilung erfolgt bei Tieren spontan in 2—3 Wochen. Die Affektion entwickelt sich häufig bei tuberkulösen Menschen und wird in einigen Fällen durch Tuberkulin günstig beeinflußt. Eine spezifische Behandlung der subakuten Lymphogranulomatosis fehlt bisher. Es empfiehlt sich, den Namen Lymphogranulomatosis subacuta zu behalten, um sie als die Krankheit von Nicolás und Favre zu bezeichnen, einfach deshalb, weil sie die am meisten verbreitete Bezeichnung ist.

1928, Jahrg. 21, Nr. 3

Einbringung des argentinischen Gesetzes 11359 über Prophylaxe und Behandlung der Lepra (Presentación de la ley argentina 11359 de profilaxis y tratamiento de la lepra), von J. L. Carrera-Buenos Aires. Nach dem argentinischen Gesetz sind die Behandlung wie die Isolierung der Leprösen obligatorisch, sei es in der Wohnung des Kranken, sei es in Asylen und Kolonien. Die Kontrolle erfolgt durch die amtlich dazu bestellten Ärzte. Ebenfalls müssen sich die in Kontakt mit Leprösen kommenden Personen eine periodische Inspektion gefallen lassen. Der amtliche Arzt prüft auch die Behandlung, der die in ihren Häusern isolierten Kranken unterworfen sind. Das Gesetz sieht auch Ambulatorien zur Überwachung und Begutachtung der Heilung von Kranken vor.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in der Republik Argentinien (La lucha antivenérea en la República Argentina), von J. L. Carrera. S. 211. Der Staat befreit von der Zahlung der Steuern diejenigen Hospitäler und besonders sanitäre Gesellschaften, welche ein Gratisdispensarium unterhalten und die nötigen Medikamente, insbesondere die Arsenobenzole, kostenlos an die Kranken abgeben. Ein Teil dieser Ambulatorien ist bis zum Abend geöffnet, allerdings nur für die Behandlung, während in Buenos Aires keine Stätte existiert, wo Leute, die fürchten, sich infiziert zu haben, sich prophylaktisch desinfizieren lassen können. Die Ärzte der Ambulatorien sind auch verpflichtet, periodisch in ihren Bezirken Aufklärungsvorträge zu halten. Das Tagewerk der Dispensarien ist groß. Im Monat März wurden 1394 Kranke, darunter 303 mit Lues und 743 mit Blennorrhoe behandelt. Auch in der Hafenzone befinden sich zwei Dispensarien. Prostituierte wurden 1884 kontrolliert, 40% weniger als im gleichen Monat des vergangenen Jahres. Außerdem besteht eine heimliche Prostitution von enormer Ausdehnung.

Einige Schlüsse gezogen aus den neuen Anschauungen über die allgemeine Pathologie der Syphilis (Algunas conclusiones derivadas de los nuevos conceptos acecra de la patologia general de la sifilis), von J. L. Carrera. S. 213. Nach Verf. braucht die Lues nicht die klassischen Etappen von der primären Lues an durchzumachen.

Digitized by Google

In vielen Fällen vermittelt auch der Blutweg die Infektion. Es mag auch nach Verf. noch andere Infektionsmechanismen geben, um die Syphilis conjugalis zu erklären. Zuweilen verbreitet sich die Lues auch auf dem Lymphwege, und es kann die Generalisierung zuweilen schon kurz nach der Infektion erfolgen. Die hämatopoëtischen Organe sind nach Verf. nicht die Stellen, wo die Spirochäten sich vorzugsweise während der Latenzperiode aufhalten. Man trifft sie in anderen Viszera, im Herzen, in den Testikeln, in den Nebennieren, ohne daß der Kranke klinische oder serologische Symptome zeigt. Die Immunität bei der Syphilis ist nicht vergleichbar mit der bei anderen Infektionskrankheiten. Sie kann sich, während die Lues latent bleibt, verlieren, und unter diesen Umständen ist dann eine Reinfektion möglich, die oft an dem Sitz des ersten Schankers erscheint. Durch die frühzeitige Behandlung wird die Entwicklung der Hautimmunität und die Bildung der Antikörper dann verhindert. Werden nicht alle Spirochäten bei der Abortivbehandlung zerstört, so siedeln sie sich in den Viszera an. Wir haben aber keine Zeichen dafür, wann die abortive Behandlung genügend, wann der Organismus frei von Spirochäten ist. Verf. empfiehlt daher für die Mehrzahl der Kranken, sich nicht mit der Abortivkur zu begnügen, sondern sich chronisch intermittierend behandeln zu lassen.

Beitrag zu dem Studium des diagnostischen und therapeutischen Wertes der Antistreptobazillenvakzine von Nicolle und Durand (Contribución al estudio del valor diagnóstico y terapéutico de la vacuna antiestreptobacilar de Nicolle y Durand), von J. S. Covisa und J. G. Prieto-Madrid. S. 217. Verf. zeigt an einer Reihe von Krankengeschichten die Spezifität der Intradermoreaktion mit der Nicolleschen Vakzine und die therapeutische Wirksamkeit bei intravenöser Anwendung für die ungeheure Mehrheit venerischer Ulzerationen. Er empfiehlt aber wegen der prolongierten Fiebererscheinungen, die Anwendung auf venerische Bubonen und auf die der üblichen Behandlung gegenüber resistenten Schanker zu beschränken.

Die Nicolle-Durandsche Vakzine bei der Behandlung venerischer Schanker (La vacuna de Nicolle-Durand en el tratamiento de las lesiones venéreas), von F. Contera und R. Tapia. S. 223. Verff. halten die Nicolle-Durandsche Vakzine für indiziert: 1. bei Schankern, die der üblichen Behandlung gegenüber rebellisch oder unzugänglich sind (Schanker am Anus, Phimosis usw.); 2. bei Schankern, kompliziert mit Adenitis; 3. als höchste Behandlung für serpiginöse Geschwüre.

Die intravenösen Einspritzungen der Gramschen Flüssigkeit bei der Behandlung des Kerion Celsi (Las intravenosas de liquido de Gram, en el tratamiento del kerion de Celso), von E. Ledo. S. 227. Verf. injizierte bis zu 15 g Lugolsche Lösung intravenös gegen Kerion Celsi, obwohl meist 10 ccm genügend erscheinen, die er als Maximaldosis bei Kindern benützte. Im allgemeinen wurde diese Dosis meist überschritten. Die Injektionen werden langsam mit mehrfacher Aspiration von Blut und Mischung mit der Lösung gemacht. Verf. zieht die von ihm benutzte konzentrierte Lösung den verdünnten Lösungen von Ravaut vor. (Vor Nachprüfung der Methode ist die Originalarbeit einzusehen. Ref.)

Gonorrhoisches serpiginöses Geschwür (Serpiginismo gonocócico), von E. A. Sainz de Aja und J. Ontañon. S. 233. Der Kranke litt an einem ulzero-serpiginösen Prozeß, welcher den Penis deformierte und verstümmelte und der erfolglos mit Neosalvarsan, Wismut, Tuberkulin, Tartarus stibiatus, heißer Luft, Thermokauter usw. behandelt worden war. Eine venerische Infektion war nicht nachweisbar, die WR negativ. Tuberkulose wurde durch Biopsie ausgeschlossen. Der einzige positive Befund im Geschwür waren Gonokokken. Gleichzeitig bestand eine latente chronische Blennorrhoe, die im gegebenen Momente exazerbierte. Unter lokalem Protargolgebrauch und durch Gonovakzineinjektionen wurde Heilung erzielt.

Lokale Röntgenbehandlung des Lichen (Radioterapia local del liquen), von Homoria und Soto. S. 236. Wenn der Lichen generalisiert ist, bestrahlt Verf. jedesmal eine Oberfläche von 200 qcm und verabreicht 3—4 H unter 1 mm Aluminiumfilter. Die Fokaldistanz beträgt 30 cm. Die 3 H werden mit 60 kW und 2 mA in 8 Minuten verabreicht. An einem Tage bestrahlt Verf. nicht mehr als 800 qcm der Haut. Wenn die 3 H nicht genügend sind, macht Verf. eine zweite Bestrahlung von 2 H nach 8 bis 10 Tagen. Die Erythemdosis beträgt im allgemeinen 5 H. Bei Lichen zoniformis wird genau abgedeckt, um die gesunde Haut zu schützen. Lichen und Pruritus wurden bei dieser Behandlung schnell gebessert. Verf. glaubt, daß diese Art der Behandlung den Bestrahlungen der Medulla und des Sympathikus überlegen ist.

Digitized by Google

Das seborrhoische Ekzem und die Dermatitis seborrhoica (El eczema seborreico y las dermatitis seborreicas), von E. A. Sainz de Aja-Madrid. S. 242. Verf. unterscheidet das Eczema seborrhoicum im Unnaschen Sinne von den fünf Unnaschen Varietäten desselben, die zu der Gruppe gehören, die die Engländer als Dermatitis seborrhoica, die Franzosen als Seborrhoides bezeichnen.

Kommentare zu einem Fall von Pellagra (Comentarios a un caso de pelagra), von J. F. de la Portilla und F. Dauden. S. 246. Die Pellagra ist nach den Verff. in Spanien häufiger, als nach den Angaben von Azúa anzunehmen wäre. Die zahlreichen Auffassungen über die Ätiologie und Pathogenese gehören sämtlich in das Gebiet der Hypothesen. In dem von den Verff. beobachteten Fall kam Mais als Nahrung nicht in Frage. Dagegen kommen für diesen Fall die einförmige und mangelhafte Ernährung, das Leben auf dem Camp und das soziale Elend ursächlich in Betracht.

Syphilis der Unschuldigen (Sifilis de los inocentes), von A. G. Santiago. S. 253. Die Mutter erscheint mit einem vernarbten Geschwür der linken Brustwarze und einem universellen syphilitischen Ausschlag; ihr jetzt $2^1/_2$jähriges Kind, welches gleichzeitig mit einem Kinde der Schwester von ihr genährt wurde, zeigt gleichfalls ein typisches syphilitisches Exanthem. Der Vater des Kindes ist gesund, obwohl er mit der syphilitischen Frau öfters geschlechtlich verkehrt hatte. Eine Eingangspforte der Infektion ließ sich bei dem Kinde nicht nachweisen.

Das Psorigallol bei der Psoriasis und den Ekzemen (El psorigalol en el psoriasis y eczemas), von E. A. Sainz de Aja-Madrid. S. 255. Bei der Psoriasis wirkt das Psorigallol (Herxheimer) nach Verf. ideal, ist bequemer als das Chrysarobin und ihm überlegen. Bei dem Eczema vulgare zieht Verf. die schwache Vorschrift des Mittels vor. Er wandte es nur bei den chronisch lichenifizierten Formen an und glaubt, daß die Follikulitiden und die Pusteln bei dieser Behandlung weniger häufig auftreten. Auch bei dem Eczema seborrhoicum und den Seborrhoiden bzw. der Dermatitis seborrhoica wurden gute Erfolge erzielt.

Tertiäre Lues der Harnröhre. Syphiloma cylindroides der Harnröhre (Lúes terciaria uretral. Sifiloma cilindroide de la uretra), von M. Garriga. S. 258. Der Kranke zeigt eine gleichmäßig harte Schwellung am Penis, ohne Fluktuation, schmerzlos und von der Größe einer mittleren Orange, im hinteren Drittel der Pars pendula penis und bis zum Perineum reichend. Die Schwellung hat sich innerhalb weniger Tage ohne Schmerzen und Allgemeinstörungen entwickelt. In dem Harn finden sich Fäden, die Gonokokken enthalten. Die Prostata ist geschwollen, leicht schmerzhaft. WR und Flockungsreaktionen stark positiv. Unter spezifischer Behandlung Rückgang des Tumors bis zur Hälfte. Nach einigen Monaten wird ein Syphiloma cylindroides der Harnröhre festgestellt, nach dessen Behandlung eine Induration des skrotalen und perinealen Teiles der Harnröhre, welche für Nr. 10 durchgängig ist, zurückbleibt.

R. Ledermann-Berlin.

Bücherbesprechungen

Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik, nebst einem Anhang über Mammaplastik. Ein Atlas und Lehrbuch, von J. Joseph. Erste Abteilung. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig. Preis RM. 65.—. Der berühmte Berliner Operateur, der bahnbrechend und führend auf dem Gebiete der chirurgischen Dermatologie und chirurgischen Kosmetik geworden ist, bringt im vorliegenden Werke zunächst seine eigenen Methoden, deren Darstellung in den letzten drei Dezennien, die seit den ersten aufsehenerregenden Erfolgen seiner plastischen Operationen verflossen sind, immer wieder von zahlreichen Fachgenossen gewünscht worden ist. Viele von jenen Ärzten, welche Gelegenheit hatten, dem Verf. bei seinen Operationen zusehen zu dürfen, haben die Notwendigkeit erkannt, sich an der Hand eines Buches sich mit den Josephschen Methoden vertraut zu machen, und der Verf. hat in der ihm eigenen Bescheidenheit die Schilderung der von ihm und von anderen Autoren geübten Methoden verknüpft, so daß das Werk ein praktisches Lehrbuch geworden ist, welches durch zahlreiche Abbildungen dem Arzte, sowohl dem Chirurgen wie dem Dermatologen, das Studium erleichtert. Voraussichtlich wird die Gesichtsplastik immer mehr chirurgisch vorgebildete Dermatologen interessieren, nicht bloß, weil das Fach der chirurgischen Dermatologie ein selbstverständliches Arbeitsgebiet der sich für Hautkrankheiten interessierenden Ärzte sein wird, sondern auch, weil

Digitized by Google

es vom ausführenden Arzte ein gut Teil dermatologisches Verständnis verlangt und weil gerade der Dermatologe sich vor der Operation um die Narbenfrage kümmern kann, welche schon zu wiederholten Malen Anlaß zu unliebsamen Prozessen gegeben hat. Die erste bisher vorliegende Abteilung bringt zunächst in 80 Abbildungen die Hauptformen der in das Gebiet der chirurgischen Dermatologie gehörenden Deformitäten und gibt damit einen sinnfälligen Überblick über das Arbeitsgebiet, über seinen Umfang und seine Bedeutung. Die Schilderung der künstlerischen Methoden, welche hier in Betracht kommen, läßt es geboten erscheinen, daß der Verf. gar manches Interessante über die Beurteilung der Deformitäten vom kunstanatomischen Gesichtspunkte dem Leser sagt und daß er eine Reihe von Profilstudien bringt, welche den Arzt in die Lage versetzen, nicht bloß chirurgische Indikationen zu stellen. In dem Abschnitte über die Grundmethoden der Gesichtsplastik bespricht er genau die Lappenbildung, die Transplantation und ihre verschiedenen Möglichkeiten, die Naht, die chirurgische Modellierung und den Verband. Weiterhin werden die Methoden der Verkleinerung der Nase, die Höckerabtragung, die Beseitigung der abnormen Breite und der abnormen Schmalheit, die Nasenflügeloperationen, die Operationen an der Nasenspitze, die Behandlung der Hypertrophien der Nase, der Akromegalie, des Rhinophyms, des Kavernoms und des Paraffinoms besprochen sowie die Behandlung der Schiefnasen genau auseinandergesetzt. Das wundervoll ausgestattete Buch wird dem jungen Fache sicherlich zahlreiche Freunde gewinnen. F. Winkler-Wien.

Lues bei Mutter und Kind, von F. Heinsius. Verlag F. Enke, Stuttgart 1928. Preis RM. 7,50. Zusammenstellung der auf den Vortragsabenden der Ges. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie gehaltenen Vorträge und Diskussionsbemerkungen. Philipp berichtet über die Serodiagnose bei Mutter und Kind. Unspezifische Ausfälle kommen praktisch erst vom sechsten Monat der Schwangerschaft an in Betracht; die MTR erweist sich als besonders wertvoll. Zur Diagnose der kindlichen Lues ist neben der serologischen Untersuchung des Nabelschnurblutes die Untersuchung der Plazenta und der Nabelschnur heranzuziehen (Nachweis von Spirochäten durch Abschaben der Venenwand, oft 10—20 Präparate zu durchmustern). Buschke bespricht eingehend die Behandlung der syphilitischen Mütter. Jede Frau, die Syphilis hat oder gehabt hat, ist bei Gravidität grundsätzlich antisyphilitisch zu behandeln, natürlich unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse. Die Therapie muß so gut wie möglich (nach Boas und Semmelkoft zwischen 4. und 6. Schwangerschaftsmonat) begonnen und bis zur Entbindung fortgesetzt werden. Von verschiedener Seite wird die gemischte Hg-Salvarsanbehandlung empfohlen, wobei aber die Gefahr, daß das Salvarsan Abortierung bewirkt (besonders in der Frühperiode der Schwangerschaft), nicht von der Hand zu weisen ist. Buschke hält es nicht für zweckmäßig, Salvarsan bei Graviden anzuwenden, zumal sich — entsprechend den Beobachtungen bei reiner Hg-Behandlung — mit Wismut gleich gute Erfolge erzielen lassen. In jedem Falle ist mehrjährige Beobachtung der Kinder — klinisch, serologisch und auch hinsichtlich der Liquorbefunde — erforderlich, da gerade scheinbar gesunde Kinder behandelter Eltern viszeral erkrankt sind. Nur durch Zusammenarbeit von Gynäkologen und Dermatologen, eventuell auch von Pädiater und Psychiater, ist eine rationelle Bekämpfung der kongenitalen Lues möglich. Angefügt ist ein Bericht über die Methodik der Schwangerenbehandlung in Rußland sowie eine Reihe von Tabellen. Hinsichtlich der Behandlung der Neugeborenen syphilitischer Mütter hält Klaften ebenfalls die pränatale Behandlung für prophylaktisch besonders wichtig. Bei syphilitischen Kindern macht er drei Kuren, unter Berücksichtigung der Ernährungsverhältnisse; er bevorzugt die intensive kombinierte Therapie nach dem Schema E. Müllers. Perorale Mittel haben meist zu milde und wenig anhaltende Wirkung, doch ist Spirozid in großen Dosen brauchbar. Als Maßstab einer erfolgreichen Therapie sind anzusehen: die Mortalitätsziffer, die Zahl der Rezidive und die Häufigkeit der in späteren Lebensjahren auftretenden geistigen und nervösen Störungen. Hahn weist auf die fürsorgerischen Aufgaben in der Behandlung und Vorbeugung der kongenitalen Lues hin und hält Errichtung besonderer Abteilungen für syphilitische Schwangere im Anschluß an die großen Polikliniken (nach dem Vorbild ausländischer Großstädte) für wünschenswert. K. Kaufmann demonstriert die luischen Plazentarveränderungen. Solche sind aber bei sicherer Lues mit lebendem Kinde histologisch nur in einem Drittel der Fälle nachweisbar, bei abgestorbenem Kinde in der Mehrzahl der Fälle. Verwertbar ist ausgesprochene Zellhyperplasie mit Vermehrung der Stromazellen und Kapillarendothelien und eine auf sämtliche Zellenbezirke verteilte Endarteritis, die aber nur bei abgestorbenen Früchten anzutreffen ist. An der Nabelschnur findet man, wie Baniecki ausführt, keine

Digitized by Google

spezifischen histologischen Veränderungen, wohl häufig Infiltrate, diese aber auch bei nichtluischen Kindern. G. Schulze referiert über seine Beobachtungen über Röntgeneinsenkungen des Skeletts bei syphilitischen Neugeborenen. Die technischen Schwierigkeiten gestatten oft nicht, über die Diagnose „verdächtig" hinauszukommen. Es ergab sich, daß Kinder gut behandelter syphilitischer Mütter fast ausnahmslos ohne Zeichen einer Osteochondritis geboren werden. F. Jacobsohn-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Bakteriologie und Immunitätslehre

Culture de Fusobacterium Plauti, forme mobile du bacille fusiforme (Kultur des Fusobakterium Plaut, der beweglichen Form des Bacillus fusiformis), von P. Seguin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 24, S. 439—442). Die Kultur des Bazillus Plaut, einer der drei Spezies der Gruppe des Bacillus fusiformis, der mehr oder weniger regelmäßig mit den beiden anderen zusammen vorkommt, war bisher nicht gelungen. Sie gelang jetzt, indem Kulturen, in denen der Keim mit Mundspirochäten vergesellschaftet war, auf Gelatine von Veillon-Serum des Pferdes verimpft wurde. Er zeigte sich hierin als strikter anaerober Vibrio, dessen kurze Formen mit Spirillum sputigenum, dessen mittlere mit dem Bacillus fusiformis mobilis identisch sind, und dessen lange spiralige Formen nicht mit Spirochäten verwechselt werden dürften. In den Kulturen treten sehr schnell Degenerationsformen auf. E. Levin-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten

Orale Reizbehandlung, von A. Zimmer-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928, Nr. 15, S. 520.) 1. Klinische Beobachtungen: Gelenkerkrankte sind als bester Indikator anzusprechen. Auch nicht Protein enthaltende Körper (Schwefel, Silizium, Terpentin, Yatren) bewirken bei Injektion sowohl Herd- als auch Allgemeinreaktion, letztere nur bei Kranken, wo zum Krankheitsbild Fieber gehört. Auch bei peroraler Anwendung von Yatren subjektive wie objektive deutliche Reaktionen gleich denen bei Proteinkörpern. Allgemeinreaktion in Form von Müdigkeit, Schlafsucht wie bei Prodromalsymptomen einer Infektionskrankheit. Herdreaktionen nicht nur bei Gelenkaffektionen, auch deutlich bei Cholezystitis, Adnexitis, Ulkusbeschwerden. Notwendig zur exakten Beobachtung ist, die Reaktionen sich legaliter entwickeln und abklingen zu lassen. Neben Yatren machten auch kieselsäurehaltige Präparate und Schwefel ähnliche Reaktionen. Auch die Antipyretika und Narkotika haben z. B. bei Lungentuberkulösen neben ihren bekannten pharmakologischen Wirkungen einen tieferen Einfluß auf den Körper in Form einer unspezifischen Resistenzsteigerung wie bei parenteraler Proteinkörperbehandlung. 2. Experimentelle Untersuchungen: Freund und Dresel hatten als ein Bindeglied zwischen direkter Einwirkung und Reaktion den Zerfall von Blutplättchen gefunden und beobachteten diesen Zerfall nicht nur bei Proteinkörperbehandlung, sondern auch nach Röntgenbestrahlungen, bei Infektionen, Schwangerschaft und auch bei Yatrenbehandlung. Am deutlichsten sind diese Verhältnisse bei intravenösen Gaben; der kranke, überempfindliche Organismus reagiert viel intensiver als der gesunde. Aber ähnlich ist der Reaktionsablauf bei intramuskulären, intrakutanen und schließlich auch peroralen Gaben von Yatren, Schwefel, Silizium. 3. Therapeutische Bemerkungen: Neben der Dosierung ist die Hauptsache richtige Intervalle und Kurdauer, Pausen lieber zu groß als zu klein, die Reaktion soll auch subjektiv abgeklungen sein, im allgemeinen 3—4 Tage. Aber alle Reizbehandlung muß auch zeitlich begrenzt sein; daher Pause von mehreren Wochen nach 6—8 Wochen Behandlung. Physikalische Maßnahmen (Heißluft, Diathermie, Massage) ist währenddem erlaubt. Zunächst ist mit einer stärkeren Dosis einmal eine Reizwirkung ad oculos medici zu demonstrieren: Sol. Yatren 4,0:200,0 1mal nüchtern 1—2 Eßlöffel oder 5—10 Tropfen Silistren. Treten deutliche Reaktionen auf, vermindert man die Dosis so, daß die Reaktion kaum merkbar wird: Sol. Yatren 1,0: 100—500—1000. Zimmer bewertet die Methode als pharmakologisches Problem, das ein allgemeines Problem unserer inneren Mittel sei, die eben neben ihren spezifischen pharmakologischen Organbeziehungen vielfach noch unspezifische Nebenwirkungen hätten, die therapeutisch auszuwerten Sache des Arztes sei. Fr. Ortmann-Magdeburg.

Digitized by Google

L'injection intraveineuse en milieu sucré, préservatrice de l'endoveine: du rhumatisme articulaire aigu, du paludisme, d'lencéphalite léthargique, des toxémies, trichophyties, etc. (Die für die Vene schonenden zuckerhaltigen Einspritzungen bei akutem Gelenkrheumatismus, Malaria, Encephalitis lethargica, Toxämien, Trichophytie usw.), von G. Rosenthal. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 21, S. 408—411.) Durch starken Zuckergehalt der Lösung können reizende Substanzen anstandslos eingespritzt werden, die sonst die Venenwand schädigen. In Betracht kommen 100%ige Sacharose und 30%ige Globoselösung; bisweilen werden dabei nitritoide Krisen beobachtet. Von Medikamenten, für die die gezuckerten Lösungen angebracht sind, seien besonders Natr. salicyl. und Lugolsche Lösung (Trichophytie) erwähnt.

E. Levin-Berlin.

Über Metajodin, von M. Piorkowski-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 32, S. 1241—1242.) Metajodin (die alkoholische Lösung eines komplexen Eisensalzes, das Brom, Hypobromid und Rhodansalze neben geringen Mengen von Chlor enthält) zeigte sich in Desinfektionsversuchen der Jodtinktur gegenüber Streptokokken und Pyozyaneusbazillen gleichwertig, gegenüber Staphylokokken sogar überlegen (Hemmung der Entwicklung nach $2^1/_2$ Min., Abtötung nach 5 Minuten, bei Jodtinktur erst nach $7^1/_2$ und 10 Min.). Dazu kommt noch die relative Reizlosigkeit, die milde Schälwirkung und die Wasserlöslichkeit, die die Jodtinktur nicht besitzt, und dank der die Jodflecke vermieden werden können. Metajodin ist also ein gut brauchbares Desinfektionsmittel. E. Levin-Berlin.

Endothermy and combined Therapy in Dermatology (Diathermie und kombinierte Therapie in der Dermatologie), von G. M. Mac Kee und J. J. Eller-New York. (Phys. Ther., Bd. 44, Nr. 7, S. 391.) Bei einem Neger wurde ein Keloid des Nackens von 2 cm Höhe und 9 cm Umfang mittels Diathermie und nachfolgender schwacher Röntgenbestrahlung entfernt. Verf. gebrauchte eine Art der bipolaren Diathermie, bei der ungedämpfte Stromschwingungen von 1000000 Schwingungen pro Sekunde bei 500 Volt und 5 MA angewendet werden. Während gewöhnliche Diathermieströme koagulieren, schneidet eine aufgesetzte Nadel bei dieser Stromart wie ein Messer, ohne jedoch Blutung hervorzurufen (Hochfrequenzmesser). Auf demselben Wege wurde ein kavernöses Angiom der Okzipitalgegend von Haselnußgröße bei einem 2jähr. Kinde entfernt. Beide Male guter kosmetischer Effekt. W. Curth-Berlin.

Surgical Endothermy in Dermatology (Die chirurgische Diathermie in der Dermatologie), von J. J. Eller und F. Amshel-New York. (Med. Rev. of Ref., März 1926.) Die Diathermie bildet in ihren verschiedenen Anwendungsformen als Elektrodesikkation, als Elektrokoagulation und als diathermisches Messer eine wertvolle Bereicherung des dermatologischen Instrumentariums. Mit der ersten — unipolaren — Form kann man feinste Affektionen, wie z. B. Hornhautulzera, zerstören. Mittels der Koagulation gelingt es, große Neubildungen auch maligner Art zu beseitigen; drittens kann man mit dem schneidenden Funken größte chirurgische Eingriffe vornehmen. Da Blut- und Lymphgefäße bei allen diesen Methoden nicht eröffnet werden, ist eine Ausbreitung von Bakterien oder Geschwulstkeimen in die Umgebung, wie sie bei rein chirurgischem Vorgehen oft vorkommt, ausgeschlossen. Es empfiehlt sich gleichzeitig noch Röntgen oder Radium anzuwenden. Der Prozentsatz von Heilungen maligner Geschwülste ist bei Kombination von Diathermie und Strahlenbehandlung weit größer als bei Anwendung nur einer Behandlungsart. W. Curth-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Über thrombopenische Purpura, von O. Bykowa-Berlin. (Virch. Arch., Bd. 268, H. 3, S. 606.) Zwei Fälle. Im ersten Fall handelte es sich um eine echte idiopathische Thrombopenie. In diesem Fall bestand eine ausgesprochene myeloische Umwandlung des Knochenmarkes, der Milz und der Lymphknoten, in den beiden ersteren Organen zahlreiche unveränderte Megakaryozyten. Außerdem Hypertrophie und Phagozytose der Retikuloendothelien. Der zweite Fall nähert sich der Aleukie. Nur ist die Anämie (3500000 Rote) dafür recht gering. Hier war keine myeloische Metaplasie nachweisbar; im Knochen Fettmark, keine Megakaryozyten. Dagegen auch hier Wucherung des Retikuloendothels. Blutplättchen konnten in der Milz in beiden Fällen nicht nachgewiesen werden, vielleicht jedoch infolge technischer Mängel. Essentielle Thrombopenie und Aleukie sind nahe verwandt. Man muß eine — bei beiden Affektionen vielleicht nur dem Grad nach verschiedene — Giftwirkung annehmen, die keineswegs zu einer elektiven Schädigung der Megakaryozyten zu führen braucht und die auch das

Digitized by Google

retikuloendotheliale System angreift. Die Plättchen werden vielleicht in der Blutbahn zerstört. F. Wohlwil-Hamburg.

Widerstandsfähigkeit der Kapillarwand und Kapillarblutungen, von M. Volterra-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1928, Nr. 31.) Die anatomische Voraussetzung für die Kapillarfragilität bzw. für die Kapillarblutungen stellt eine Schädigung der bindegewebigen Kapillaradventitia dar. Diese bildet als Bestandteil der Kapillarwand eine bindegewebige Hülle, auf deren Innenfläche die Endothelien ruhen und haften. Diese Hülle liefert den Widerstand gegen Risse. Die Anschauung, daß dieser Widerstand gegen Risse von den Endothelien aufgebracht würde, ist dagegen ohne jede anatomische Begründung. Ihre Fragilität bedingt keinen Bruch der Kapillarwand und somit auch keine kapillare Blutung. E. Langer-Berlin.

Erythromélalgie et syndrome de Basedow (Erythromelalgie und Basedow), von P. Sainton und P. Véran. (Gaz. hôp., 1928, Nr. 56, S. 997—999.) In dem beschriebenen Falle waren 6 Monate nach dem Beginne von Thyreoideastörungen die Erscheinungen von Erythromelalgie aufgetreten. Außerdem bestehen Zeichen einer Aortitis und Mitralstenose. Eine gemeinsame Ursache der verschiedenen Erscheinungen (Syphilis, Rheumatismus) konnte nicht nachgewiesen werden, es muß eine komplizierte endokrine Störung angenommen werden. E. Levin-Berlin.

Die Dauererfolge der periarteriellen Sympathektomie, von W. Lehmann-Göttingen. (Bruhns' Beitr., Bd. 143, H. 2, S. 320.) Auf Grund von 32 Eigenbeobachtungen und unter Berücksichtigung der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen mit der periarteriellen Sympathektomie werden die erfolgversprechenden Indikationen für diese Operation zusammengestellt. Bestens bewährt hat sich bei Morbus Raynaud und Akroparästhesien, bei kausalgischen Schmerzen sollte sie erst nach Erschöpfung der anderen Behandlungsmethoden angewandt werden. Unsicher sind die Erfolge bei Sklerodermie, wo die periarterielle Sympathektomie in Anbetracht der Aussichtslosigkeit anderer Methoden immerhin versucht werden kann. Bei den verschiedenen Formen der Ulzera besitzt die Operation zumindest keine Vorteile vor anderen Verfahren, völlig versagt hat sie bei Röntgengeschwüren. Bei nicht vorgeschrittenen, organischen Gefäßerkrankungen mit Überwiegen der spastischen Erscheinungen tritt nach der periarteriellen Sympathektomie in der Regel Schmerzlinderung ein, im vorgeschrittenen Stadium ist Operation nicht ungefährlich. Erfolgreich war die Operation in einem Falle von postoperativem, reflektorischem Gefäßkrampf. E. Schröpl-Eger.

Etude expérimentale des modifications apportées dans l'évolution d'une phlébite par l'introduction dans l'organisme de substances anticoagulantes (Experimentelle Untersuchung über die Veränderungen in der Entwicklung einer Phlebitis durch Einführung antikoagulierender Substanzen in den Organismus), von J. Jeannin-Dijon. (Lyon méd., 1928, Bd. 142, Nr. 27, S. 8—10.) Durch intravenöse Einspritzungen von Natr. salicyl. wurde eine Phlebitis erzeugt, ein Teil der Versuchstiere erhielt unmittelbar danach eine intravenöse und eine subkutane Einspritzung einer Mazeration von Blutegelköpfen, die antikoagulierend wirkt. Es wurde dann nach 3, 8 und 20 Tagen je ein antikoagulierend behandeltes und ein Kontrolltier getötet und die Venen untersucht. Dabei ergaben sich wesentliche Unterschiede, indem bei den Kontrolltieren das Venenlumen schnell durch ein fibrinöses Netzwerk verschlossen wurde, welches allmählich Bindegewebszellen organisierte; die Venenwand wandelte sich in fibröses Gewebe um und es ergab sich schließlich ein anatomisches und funktionelles Verschwinden des Gefäßes. Bei den mit Blutegelmazeration behandelten Tieren fehlt hingegen die intravaskuläre Thrombose, es bildet sich ein neues Endothel und es stellt sich eine vollkommen normale Vene wieder her. E. Levin-Berlin.

Über Folgezustände nach Krampfaderphlebitis der unteren Extremitäten, von E. Orbach, Chir. Kl. Prof. v. Kuester Berlin. (M. K., 1928, Nr. 29, S. 1123—1124.) In einem Falle war bei anscheinend bereits bestehender Phlebitis in den Weichteilen des Oberschenkels infolge entzündlicher Infiltration die Wand einer Vene in der Tiefe der Muskulatur so morsch geworden, daß sie bei stärkerer Muskelkontraktion zum Bersten kam. Das entstandene Blutextravasat wurde nachträglich infiziert und mußte inzidiert werden. In einem anderen Falle hatte sich bei hochgradigen Krampfadern beider Unterschenkel eine kinderfaustgroße Geschwulst links entwickelt, die sich als ein zentral zerfallener, an der Oberfläche mumifizierter Thrombus erwies.
E. Levin-Berlin.

Beobachtungen und Bemerkungen zu der Verödungstherapie der Krampfadern, von K. Siebert-Charlottenburg. (M. m. W., 1928, Nr. 28, S. 1205.) Bei der

Digitized by Google

Verödung der Varizen nach Linser macht man öfter die Beobachtung, daß fern von der Verödungsstelle, z. B. am Oberschenkel, wenn man am Unterschenkel injiziert, phlebitische und periphlebitische Reaktionserscheinungen auftreten. Verf. erklärt dies damit, daß die spezifisch viel schwerere (als Blut) Injektionsflüssigkeit beim liegenden Patienten auf der hinteren Venenwand entlangrollt, ungemischt weiter oben sich in einer Tasche verfängt und dort Entzündungen bewirkt; daher auch die Beobachtung einer bisweilen sich außerordentlich weit erstreckenden Thrombosierung am Orte der Injektion. Den Krampf der Venen unmittelbar nach der Injektion erklärt der Verf. abhängend von Menge und Konzentration des Injektums und meint, daß er hervorgerufen werde durch Abfließen durch Anastomosen in die Venen der Muskulatur, die den Reiz auf den Muskel ausüben. In einem Fall wurde stärkerer Haarwuchs über der verödeten Vene beobachtet. Fr. Ortmann-Magdeburg.

The Treatment of Varicose Ulceration by Intravenous Injections of Quinine (Die Behandlung variköser Geschwüre mit intravenösen Chinineinspritzungen), von K. Paterson Brown. (Edinburgh m. J., 1928, neue Serie, Bd. 35, Nr. 8, S. 472—476.) Bei Unterschenkelgeschwüren mit sehr geringen Varikositäten sprechen wahrscheinlich andere Ursachen mit, so daß hier die Behandlung mit thrombosierenden intravenösen Einspritzungen nicht von so gutem Erfolge wie sonst begleitet ist. Als Kontraindikationen gegen diese werden Phlebitiden tiefliegender Venen, abdominelle Erkrankungen, die den venösen Rückfluß vom Bein behindern, und Schwangerschaft betrachtet; doch kann die Methode auch bei letzterer bei genügender Vorsicht angewendet werden. Verwendet wurde eine Chinin-Urethanlösung, die gute Thromben gibt und bei versehentlichem Eindringen in das umgebende Gewebe nicht zu Nekrosen führt. Bei den Einspritzungen ist es vorteilhaft, am obersten Abschnitt der variköse Veränderung zu beginnen; in 8tägigen Pausen werden jedesmal 2 ccm in mehreren Portionen von je $^1/_2$ ccm auf verschiedene Punkte des Varix verteilt eingespritzt. Es müssen auch die rund um die Geschwürsränder etwas tiefer gelegenen, oft nicht sichtbaren, sondern nur fühlbaren Venen verödet werden. Die Einspritzungen sollen bei aufrechter Stellung des Patienten vorgenommen werden. Nach ungefähr 48 Stunden beginnt die Phlebitis, die nach 5 bis 6 Tagen ihren Höhepunkt erreicht. Am Ende der ersten Woche beginnt das Geschwür zu heilen, nach 3—6 Wochen ist die Heilung meist beendet. Dieser Erfolg trat bei 10 von 12 Patienten ein, in einem Falle kam es zu keiner Thrombose, daher auch zu keiner Beeinflussung des Geschwürs, ein Fall schien infolge lange bestehenden Ödems des Beines für die Behandlung nicht geeignet zu sein. E. Levin-Berlin.

Urtikaria und Erytheme

Untersuchungen über die sogenannte „Quaddelzeit" bei Kindern in den verschiedenen Altersstufen, von L. Leonhardt. (Mschr. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 39, H. 3—4, S. 292—303.) Eine durch intrakutane Injektion einer indifferenten Kochsalzlösung gesetzte Hautquaddel verschwindet um so schneller, je jünger das Individuum ist (Quaddelzeit). Es beträgt die Quaddelzeit beim Säugling 29, beim kleinen Kinde 34 und beim Schulkinde 52 Minuten. Verf. führt dies darauf zurück, daß mit steigender Lebensalterstufe der Flüssigkeitsbedarf und das Wasserbindungsvermögen des Gewebes abnimmt. Außerdem ist das Kapillarnetz des jungen Kindes weiter und führt relativ mehr Blut (größere resorbierende Fläche). Auch die mangelhafte Entwicklung des elastischen Anteils im Gewebe des jungen Kindes mag hierbei eine Rolle spielen.

R. Ley-Kreuznach.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Dr. Paul Vigne wurde an Stelle von Dr. Paul Blum die Leitung der dermatologischen Klinik an der École de médecine in Marseille provisorisch übertragen.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Karl Schreiner in Graz zum a. o. Professor. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 42 (Bd. 87) 20. Oktober 1928

Aus der Dermatologischen Klinik in Toulouse (Prof. Dr. Audry)

Experimentelle Hautaspergillose (über Milzmykosen)

Von

Dr. A. Nanta

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin)

Mangels experimenteller Splenomegalie haben wir versucht, indem wir von einem aus der menschlichen Milz isolierten Aspergillus — Aspergillus nantae (Pinoy, 1927) — ausgingen, in der Haut und den Eingeweiden des Kaninchens veränderte Pilzformen und eine allgemeine Infektion hervorzurufen, ähnlich dem, was wir kürzlich beim Menschen beschrieben haben.

In einer ersten Serie von Untersuchungen versuchten wir die veränderten Pilzformen auf einfachste Weise hervorzurufen, indem wir das Myzel von den Geweben verdauen ließen: d. h. indem wir mit der Pipette junges Myzel und ältere Sporen unter die Haut des Kaninchens einbrachten, woselbst die Einimpfung zur Bildung eines Abszesses führt.

Unter diesen Bedingungen bildet sich gegen den 8. oder 10. Tag ein Abszeß mit komplizierter Zellstruktur, mit einer granulierten, von mehr oder weniger veränderten freien oder phagozytierten Sporen erfüllten Membran. Das junge Myzel, die mit Basidien und Sterigmen versehenen Sporangien, die sich in den Kulturen zu bilden begannen, sind leicht zu erkennen, häufig auf ihre Wandung reduziert. Die Membran ist unregelmäßig gefaltet. An einzelnen noch vollen Stellen bemerkt man jedoch interessante Veränderungen: homogene Fäden von stark basophilem oder azidophilem Protoplasma mit May-Giemsa; angeschwollene membranöse oder hyaline Schläuche; Homogenisierung der Sporen mit strahlenbrechendem, azidophilem usw. Protoplasma.

Diese veränderten Formen sind den noch mehr veränderten anzunähern, die man bei der allgemeinen akuten Infektion beobachtet.

Bei dem intravenös mit Sporen geimpften und nach Verlauf von 6—8 Tagen getöteten Kaninchen bemerkt man Knötchen, die verschiedene Organe infiltrieren; sie sind bald von eitrigem voluminösem Charakter, von Pilzen angefüllt, bald granulomatös, gebildet von multinukleären, von Fibroblasten, Makrophagen umgebenen Zellen und verhältnismäßig arm an Parasiten.

Diese letzteren Knötchen sind für das Studium der veränderten Formen am geeignetsten.

Digitized by Google

Man sieht daselbst teils freie, teils in den multinukleären Zellen eingeschlossene Fäden, bald normal, häufiger jedoch verändert; die Membran ist dünn, wenig hervortretend, mit weiten und wenig ausgeprägten Segmentierungen, oder im Gegenteil verdickt und mit zahlreichen stacheligen Ausläufern, die den Enden, an denen sie sehr lang sind, ein zottiges Aussehen geben. Das Protoplasma ist bisweilen basophil oder azidophil und strahlenbrechend; bisweilen verbleiben von den Myzelfäden einige Segmente, ähnlich einem großen hyalinen, homogenen, fragmentierten Band, bisweilen große zerfließende, freie oder in Riesenzellen eingeschlossene Massen. Es kommt vor, daß noch von einer mehr oder weniger verdünnten Membran umgebene Sporen dieser Homogenisierung unterliegen; einige nehmen schließlich das Aussehen freier oder eingeschlossener RUSSELLscher Körperchen an.

Die Membran selbst erleidet im Inneren der Riesenzellen eine Erosion oder im Gegenteil eine deutliche, von Entfärbung gefolgte Schwellung; sie verschwindet durch Verdauung, bisweilen schneller als das Myzelprotoplasma.

Im ganzen ist die Myzelmembran, die sich in den Geweben selbst bildet, noch viel dünner als in den Kulturen — von diesem Gesichtspunkte aus ist dieser Aspergillus schon sehr bemerkenswert — und verschwindet sehr leicht. Man kann bestätigen, daß, wenn sich homogene Aspergillusfäden finden, die nach der Erklärung von PINOY „von einer eisklüftigen und aufgeblähten Membran gebildet werden, indem das Licht auf einen virtuellen Raum reduziert ist", es sich im allgemeinen viel einfacher um veränderte Protoplasmafäden handelt.

Wir verzeichnen hier also zerfließende homogene Formen, Fäden von hyalinem, fragmentiertem Aussehen, und schließlich noch erkennbare phagozytierte Schlauchformen mit verändertem azidophilem Protoplasma oder auch ohne Protoplasma und in der multinukleären Zelle, die sie verdaut, kaum als bläulicher Ring bemerkbar.

Ist es möglich, von der Haut ausgehend, eine allgemeine Infektion zu bewirken?

DIEULAFOY, CHANTEMESSE und WIDAL haben bereits auf dem Kongreß in Berlin (1890) die spontane, von ihnen auch experimentell hervorgerufene Erkrankung der Taube beschrieben, die unter dem Namen „Schanker der Taube" bekannt ist. Man sieht dabei, abgesehen von der Mundläsion, verschiedene Erkrankungen der inneren Organe, besonders der Leber, die pseudo-tuberkulöse Knötchen bilden, hervorgerufen durch Aspergillus fumigatus.

Diese Knötchen schließen Riesenzellen ein, „deren Protoplasma eine Verzweigung von teils lebendem und gut gefärbtem, teils in eine moniliforme, entfärbte Struktur umgewandeltem Myzel". „Einige dieser Knötchen haben eine fibröse Entwicklung genommen, das Zentrum wird nur noch von einem fibrillären Protoplasma gebildet, das kleine bläuliche Blocks, Spuren der Pilze, enthält, oder das nichts mehr einschließt, wie wenn das Knötchen den Parasiten zerstört hätte, Zeichen einer örtlichen Heilung."

Die Verfasser scheinen diese chronische Infektion bewirkt zu haben, indem sie wiederholt kleine Dosen von Aspergillus intravenös einspritz-

Digitized by Google

ten; sollte aber bei der spontanen Infektion nicht bisweilen die Mundaffektion der Ausgangspunkt sein?

Indem wir beim Kaninchen wiederholte subkutane Einspritzungen von Aspergillus nantae ausführten, erzielten wir unsererseits eine ausgedehnte Infektion der Leber, mit Knötchen auf dem Wege der Sklerosierung, und der Lunge, verbunden mit einer leichten granulomatösen Splenomegalie mit zahlreichen Inseln epithelioider Zellen, nebst positiver von der Milz ausgehender Retrokultur. Es schien uns übrigens, daß die Inokulationsherde an der Haut der Sitz einer um so lebhafteren entzündlichen Reaktion wären, als die Zahl der Einspritzungen sich wiederholte, wie wenn das Tier nach und nach sensibilisiert würde: in den ältesten, seit einem Monat bestehenden Hautknötchen gelang es, Sporen auf dem Wege der Keimung zur Anschauung zu bringen, abnorme oder sehr eigenartig veränderte Fruktifikationen.

Die Frage wird Gegenstand weiterer eingehender Untersuchungen sein. Wir wollen jedenfalls die Tatsache der Pilzausbreitung in der Leber und der Milzschwellung festhalten und sie mit der folgenden Beobachtung verbinden, aus der hervorzugehen scheint, daß die chronische Infektion der inneren Organe durch eine einzige massive, subkutane Einspritzung erreicht worden ist.

OBERLING erhielt nämlich Splenomegalie unter folgenden Bedingungen (nicht veröffentlicht):

„Einimpfung von Kulturen von Aspergillus nidulans (Myzel und Sporen) subkutan, in die Milz und intravenös bei je 2 Tieren (Kaninchen). Alle Tiere waren vorher mit Einspritzungen von Eisensaccharat zur Hämosiderose behandelt worden.

Die Tiere, bei denen Myzel intravenös eingespritzt worden war, zeigen nach 3 Monaten keine Veränderungen. Von den übrigen 4 Tieren sind 3 spontan, alle ungefähr 2 Monate nach der Impfung gestorben, und zwar starben die beiden in die Milz und ein in die Haut geimpftes. Alle verstorbenen Tiere zeigen die gleichen Veränderungen: enorme Milz, Leber, Lunge übersät mit kleinen weißen, Tuberkeln ähnlichen Knötchen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigen diese Knötchen ein Zentrum aus Polynukleären, um das sich epithelioide Zellen gruppieren. Untersuchung auf Tuberkelbazillen negativ.

Myzel konnte ich in den Schnitten nicht nachweisen."

Der Pilz ist also in den Läsionen oder in Kultur nicht nachgewiesen worden, aber das Gesamtbild der Leber-Milz-Lungen-Erscheinungen gleicht vollkommen der experimentellen Aspergillose.

Es scheint also, daß man durch subkutane Einimpfung ebenso wie durch Einspritzungen in die Milz eine Infektion der Milz mit knötchenartigen Herden erzeugen kann, vorausgesetzt, daß die Milz durch eine intravenöse Einspritzung von Eisen vorbereitet ist, die die Hämosiderose des Organs veranlaßt.

Man kann sich die Frage vorlegen, ob hierin nicht die eigentliche Ursache dafür liegt, daß man den Pilz beim Menschen ausschließlich an eisenhaltigen Stellen findet, wo er sich nur unter der Bedingung entwickelt, daß er daselbst Eisen findet — indem gewisse Pilze eine ausgesprochene Affinität zum Eisen zeigen (siderophile Pilze von ASKANAZY).

Digitized by Google

Diese noch lückenhafte experimentelle Untersuchung ergibt also zwei Reihen von Tatsachen:

1. Es gibt eine von der Haut ausgehende Aspergillose der inneren Organe.

2. Gewisse veränderte Myzelfäden gleichen vollkommen den fädigen Bildungen, die wir in menschlicher Milz beschrieben haben, aus der gerade Aspergillus zu erhalten ist (Milzgranulomatose, BANTIsche Krankheit usw.).

Angesichts dieser experimentellen Aspergillose der Haut oder ausgehend von der Haut, glauben wir die Natur gewisser homogener Fäden, die man in den eisenhaltigen Knötchen dieser menschlichen Milzen findet, auf folgende Weise erklären zu können: Es handelt sich um veränderte Myzelfäden, die mit Eisensalzen getränkt sind und dadurch inmitten der gleichfalls mit Eisensalzen getränkten Bindegewebs- und elastischen Fasern verkannt werden können. Es ist übrigens ratsam, worauf wir bereits hingewiesen haben, nicht umgekehrt Verwirrung hervorzurufen und nicht, wie das schon geschehen ist, diese Bindegewebsfasern für Myzel zu halten.

Literatur

GANDY, Soc. Anat., 15. XII. 1905, S. 877. — GIBSON, Proceedings of the Royal Soc. of Med., 1913, Bd. 7. (Med. Sect., S. 7—9.) — NANTA, PINOY und GRUNY, Compt. rend. Soc. Biol., 6. III. 1926. — NANTA, J. Med. Franç., Juli 1926. — NANTA, Algérie Méd., Febr. 1927. — GAMNA, Haematologica, 1923, Bd. 4. — PINOY, C. R. Acad. des Scienc., 7. VI. 1926, S. 1429. — PINOY und NANTA, C. R. Acad. des Scienc., 7. II. 1927. — NANTA, Ann. d'Anat. Pathol., Juni 1927, S. 573. — NANTA, Rapport au XIXème Congr. Franç. de Méd., Okt. 1927, Paris, Masson. — OBERLING, Presse méd., 4. I. 1928. — NANTA, Soc. Méd. Hôp. Lyon, 12. VI. 1928. — CHRISTELLER und PUSKEPPELIES, Virch. Arch., Bd. 259, H. 1/2, S. 107. (Deutsche Lit.)

Ein eigenartiges Veramonexanthem

Von

Dr. B. G. GROSS in Charlottenburg

Zu den von LILIENSTEIN[1]) und HAAS[2]) beschriebenen Fällen kann ich einen dritten, von mir beobachteten, gleichartigen bringen.

Im Januar d. J. konsultierte mich ein Patient von 56 Jahren wegen plötzlicher starker Schwellung und heftigen Juckens der vorderen Penispartie und des Skrotums. Es bestand eine starke paraphimotische Schwellung des Präputiums, der Penis war bis etwa zur Mitte ödematös, stark gerötet; am Skrotum mehrere zirkumskripte, zehnpfennig- bis einmarkstückgroße, heftig gerötete, erhabene Schwellungen; das Krankheitsbild erinnerte entfernt an ein atypisches Erythema exsud. multiforme. Die Erscheinungen gingen unter Wasserpaste und essigsaurer Tonerde-Prießnitzverbänden unter mäßiger Schälung der Epidermis in wenigen Tagen zurück.

Anamnestisch ließ sich keine besondere Ursache feststellen; der Angabe des Patienten, vor 2 Tagen wegen neuralgischer Beschwerden, wie schon zuweilen, $2 \times 0{,}4$ g Veramon genommen zu haben, legte ich keine besondere Bedeutung bei, zumal bisher weder von anderer Seite noch von mir derartige Folgeerscheinungen nach Veramon beobachtet worden waren.

Mitte Juli d. J. kam Patient wieder mit gleichen, etwas stärkeren Erscheinungen; da er wieder 2 Tage vorher $2 \times 0{,}4$ g Veramon eingenommen hatte, glaube

[1]) Derm. W., 1928, Nr. 19. — [2]) Derm. W., 1928, Nr. 30.

Digitized by Google

ich, nach den Beschreibungen von Lilienstein und Haas auch den von mir beobachteten, besonders in der Lokalisation der Erkrankung sehr ähnlichen Fall als „eigenartiges Veramonexanthem" ansprechen zu dürfen. Merkwürdig ist allerdings, daß Patient früher Veramon ohne irgend welche Folgeerscheinungen genommen hat und jetzt nach relativ geringen Dosen heftig reagiert.

Während Haas schreibt, daß bei seinem Patienten sich „die Oberhaut unter starkem Geruch abstieß", erfolgte bei meinem Patienten nur eine oberflächliche leichte Schälung, was wohl auf die erheblich geringere, von meinem Patienten genommene Veramondosis zurückzuführen sein dürfte.

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille)

Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen

V. Neuere Dunkelfeld- und Helldunkelfeldkondensoren

Von

Prof. Dr. F. W. Oelze, Oberarzt

Mit 9 Abbildungen im Text

Die Verbesserungen der letzten Jahre im Bau von Dunkelfeldkondensoren gehen nach zwei Richtungen.

Einmal versuchte man die num. Ap. der Dunkelfeldkondensoren zu erhöhen, um auf diese Weise das Auflösungsvermögen zu vergrößern. Insbesondere war es offenbar der Wunsch, Bakterien auch im Dunkelfeld [s. Engelmann (1) und Gutmann (2)], diagnostizieren zu können, welcher diese Konstruktionen veranlaßte. Diese Bestrebungen haben für die Forschung interessante Ergebnisse gezeitigt, für die ärztliche Praxis jedoch keine besondere Bedeutung erlangt.

Andererseits versuchte man den Dunkelfeldkondensor auch gleichzeitig zum Hellfeldkondensor auszugestalten. Der Vollständigkeit halber sei eine Arbeit von Rock (3) erwähnt, in welcher mitgeteilt wird, daß bei tiefem Herunterkurbeln eines Dunkelfeldkondensors eine Hellfeldbeleuchtung eintritt. Diese Beleuchtung kommt zwar zustande, sie ist aber so schlecht, daß es sich nicht verlohnt, weiter darauf einzugehen.

Ich (4) habe schon 1923 gezeigt, wie man mit irgend einem Dunkelfeldkondensor sehr einfach eine vergleichsweise sehr gute Hellfeldbeleuchtung erlangen kann. Der Weg besteht einfach darin, daß man an Stelle der üblichen Objektträger solche aus Milchglas benutzt.

Wir belassen den Dunkelfeldkondensor ganz wie er ist (es spielt also auch keine Rolle, ob es sich um ein System mit ein oder zwei spiegelnden Flächen handelt) und bringen in den oberhalb des Kondensors befindlichen Schnittpunkt der beleuchtenden Strahlen (oder in seine unmittelbare Nähe) einen opaken Körper; dieser wirkt lichtzerstreuend und bildet so die Beleuchtungsfläche für das dicht über ihm liegende Präparat: es handelt sich dabei um eine Beleuchtung von relativ hoher num. Ap.

Praktisch ist das Verfahren außerordentlich einfach. Die Dunkelfelduntersuchungen werden wie gewöhnlich vorgenommen. Wünscht man dann im Hellfeld, um ein Beispiel zu wählen, etwa ein Gonokokken-

Digitized by Google

präparat zu untersuchen, so fertigt man den Ausstrich auf einem Milchglasobjektträger an und färbt ihn wie sonst auch. Solche Milchglasobjektträger kann man sich in jeder medizinischen Glashandlung zuschneiden lassen, man kann sie, nach jedesmaliger Reinigung, immer wieder benutzen. An Lichtquelle und Dunkelfeldkondensor wird gar nichts geändert, auf die Kondensoroberfläche wird ein Tropfen Wasser als Immersionsflüssigkeit gebracht, der Milchglasobjektträger aufgelegt und das Präparat eingestellt. Man erblickt auf angenehm hellem Grunde alle Einzelheiten des gefärbten Präparates, die Qualität der Abbildung ist für die üblichen diagnostischen Zwecke als voll geeignet zu bezeichnen. Manche Beobachter ziehen das auf diese Weise erhaltene Bild dem in den Wechselkondensoren entstehenden vor. Es sei noch bemerkt, daß ein mattierter Objektträger für die Präparate nicht zu verwenden ist, die Immersionsflüssigkeit die Wirkung der Mattierung nahezu aufhebt.

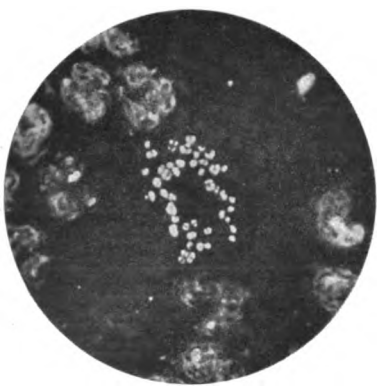


Abb. 1. Gonokokkenpräparat, Methylenblau gefärbt (Leitz)

Wohl kann man aber die Präparate auf gewöhnlichen, durchsichtigen Objektträgern herstellen und zunächst auf den Kondensor einen Mattglasobjektträger (matte Seite oben!) oder einen Milchglasobjektträger auflegen und sodann erst den das Präparat tragenden Objektträger aufbringen, auch auf diesem Wege entsteht eine Hellfeldbeleuchtung. Doch erzielt man damit nicht ganz so gute Resultate wie mit der zuerst beschriebenen Methode.

Im ganzen betrachtet, erlaubt diese einfache Verwendung von Milchglasobjektträgern, mit derselben mikroskopischen Apparatur beide Beleuchtungsarten bei verschiedenen Präparaten zu erzielen. Die Zeit- und Arbeitsersparnis ist also ebenso groß wie bei den Wechselkondensoren; diese Tatsache dürfte für die Praktiker von wesentlicher Bedeutung sein.

Für theoretische Zwecke ist es erwünscht, dasselbe Objekt bald im positiven, bald im negativen Bild beobachten zu können. Das ist mit dem Milchglasobjektträger nicht möglich. Dagegen kann man während der Beobachtung eine lichtzerstreuende Schicht in die Kondensorimmersion einschalten, wobei man auch graduelle Übergänge erhält. Kinematographischer Einstellfilm z. B. ist hierfür geeignet. Der Milchglasobjektträger in Verbindung mit dem Spezialobjektiv mit Irisblende (5) ist beispielsweise zur Gonokokkenuntersuchung zu verwenden.

Von den neuen Konstruktionen von Dunkelfeldkondensoren mit erhöhter Lichtstärke und größerem Auflösungsvermögen besprechen wir den Leitzschen neuen bizentrischen Spiegelkondensor und den Zeißschen Leuchtbildkondensor.

Bei dem Leitzschen bizentrischen Spiegelkondensor von 1925 liegt die maximal zulässige Beobachtungsapertur nur 0,05 unterhalb der unteren Grenze der Kondensorapertur, welche bei den neuen Kondensoren bei

Digitized by Google

1,20 liegt. Auf Wunsch werden Kondensoren mit noch höherer Apertur geliefert. Es muß ausdrücklich bemerkt werden, daß die erhöhte Lichtstärke und das erhöhte Auflösungsvermögen nur bei Verwendung von Objektiven mit höherer num. Ap. als 1 zur Wirksamkeit gelangt. Insbesondere eignet sich das Leitzsche Spezialobjektiv $^1/_{12}$ a num. Ap. 1,15 mit Irisblendenzwischenstück für diesen Kondensor. Mit diesem Objektiv wird im Hellfeld eine Bildgüte erreicht, welche derjenigen der sonst gebräuchlichen Immersionen schon ziemlich nahekommt. Verwendet man das früher übliche Spezialobjektiv von etwa 0,085 num. Ap. mit diesem Kondensor, so wird lediglich die Erhöhung des Kontrastes wahrnehmbar gemacht. Demnach sind diese früheren Spezialobjektive in dieser Hinsicht als veraltet zu betrachten. Abb. 1 zeigt ein mit Methylenblau gefärbtes gewöhnliches Gonokokkenpräparat, wie es sich bei dieser Beleuchtung darstellt; ohne Frage ist eine Verbesserung der Abbildung gegen die früheren Kondensoren festzustellen, jedoch ist dieses Dunkelfeldbild in diagnostischer Hinsicht immer noch unzureichend. Ausdrücklich sei festgestellt, daß der Leitzsche neue Kondensor mit dem Spezialobjektiv für die Spirochätendiagnose im lebenden Präparat ein ganz hervorragendes Untersuchungsinstrumentarium darstellt.

Abb. 2. Leuchtbildkondensor (etwa natürliche Größe). (Zeiß)

Den derzeit vorhandenen Gipfelpunkt von Kondensorapertur stellt der Zeißsche Leuchtbildkondensor (Abb. 2 u. 3) dar, allerdings ist er zu einer Spezialkonstruktion geworden, welche nur für eingebettete oder Ausstrichpräparate verwendbar ist, dagegen die Beobachtung von lebenden Bakterien mit Medien von annähernd wäßrigen oder serumartigen Brechungsexponenten nicht gestattet. Der Name Leuchtbildkondensor weist darauf hin, daß er besonders für das Hoffmannsche Leuchtbildverfahren geeignet ist, wobei allerdings betont werden muß, daß das Bild genau so wenig leuchtet, sondern ebenso durch Beleuchtung zustande kommt wie andere Mikroskopbilder auch. Mit diesem Kondensor können Objektive bis zur num. Ap. 1,30 zur direkten Dunkelfeldbeobachtung be-

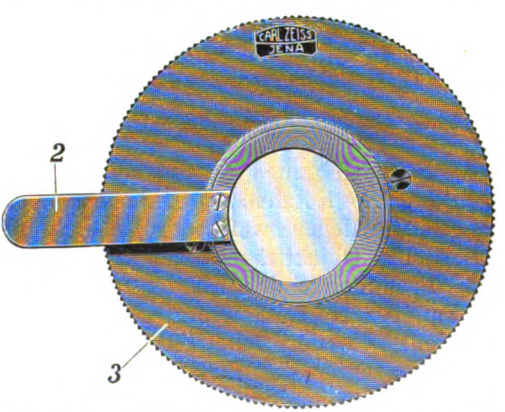


Abb. 3. Leuchtbildkondensor, Ansicht von unten (etwa natürliche Größe). (Zeiß)

Digitized by Google

nutzt werden. Die beleuchtenden Strahlen haben so große Winkel, daß an wäßrigen Medien Totalreflektion erfolgt. Infolgedessen können nur Präparate untersucht werden, deren Einbettungsmedium einen Brechungsexponenten über nD = 1,45 hat. Die Oberfläche des Kondensors und die untere Fläche des Objektes ist gleichfalls mit Öl zu verbinden, es ist also unzulässig, wie sonst in der Dunkelfeldmikroskopie Wasser zu verwenden. Der Kondensor ist so eingerichtet, daß er zu Reinigungszwecken aus der Zentrierfassung 1 Abb. 2 leicht herausgeschraubt werden kann.

Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, daß es auch in der Hellfeldmikroskopie keinen Sinn hat, Kondensoren von sehr hoher Apertur anzuschaffen, wenn man nicht gewillt ist, Kondensor und Objektiv in jedem Falle mit Öl zu verbinden. Die praktische Erfahrung zeigt, daß das weder in Instituten noch beim Arzt regelmäßig durchgeführt wird. Infolgedessen ist es oft für den Praktiker gänzlich unnötig, die teuren Hellfeldkondensoren von der Apertur 1,4 anzuschaffen.

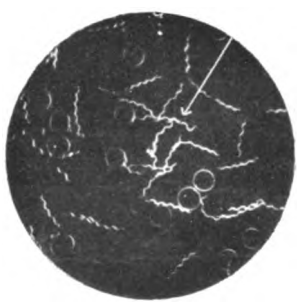


Abb. 4

Abb. 5

Beim Gebrauch des Leuchtbildkondensors ist noch folgendes zu beachten: Die Kondensoroberfläche soll etwa 0,1 mm unterhalb der Tischoberfläche liegen, wenn der Beleuchtungsapparat hochgekurbelt ist. Die Dicke des Objektträgers darf 1,2 mm nicht übersteigen. Zunächst wird der Brennpunkt des Kondensors mit schwachem Objektiv und Okular (etwa 40fache Gesamtvergrößerung) beobachtet und solange der Spiegel verstellt, bis der helle Fleck kreisrund erscheint. Nun wird mit dem Doppelexzenter der Fleck in die Mitte des Gesichtsfeldes gerückt, und zwar indem man abwechselnd Hebel 2 bewegt und Flansch 3 festhält oder den Flansch bewegtt und den Hebel festhäl. Sodann wird bei starker Vergrößerung das Präparat beobachtet (6).

Zwei Aufnahmen, welche die Überlegenheit des Leuchtbildkondensors demonstrieren sollen, sind in Abb. 4 u. 5 wiedergegeben. Die Abbildungen zeigen nach meiner Ansicht, daß es abwegig ist, einen Vergleich anstellen zu wollen zwischen zwei Aufnahmen, welche verschiedene Intensität der Beleuchtung bzw. verschieden lange Beleuchtungszeit aufweisen. Man sieht mit einem Blick, daß in Abb. 5 die Erythrozyten außerordentlich viel kräftiger herausgekommen sind als in Abb. 4. Vergleicht man die mit dem Pfeil bezeichneten Stellen, so sieht man zwar,

Digitized by Google

daß bei der vollen Apertur an dieser Stelle tatsächlich mehr zu sehen ist; ein Vergleich beider Bilder in den Einzelheiten zeigt jedoch, daß Abb. 4 an anderer Stelle ein bedeutend besseres Bild liefert. Stellt man sich die Bilder als Zifferblatt einer Uhr vor, so sieht man links unten bei 8 Uhr eine Spirochäte, die dem Bild selbst ungefähr parallel verläuft, diese Spirochäte kommt in Abb. 5 überhaupt kaum heraus. Von der durch Pfeil bezeichneten Stelle zweigt eine weitere Spirochäte ab, welche erst schräg, dann etwa senkrecht nach unten verläuft. An dieser Stelle zeigen die beiden Bilder ganz verschiedenes Aussehen, so daß das eine Bild das andere ergänzt. Man muß also zu der Überzeugung gelangen, daß beide Abbildungen nicht das zeigen können, was beabsichtigt ist, weil verschiedene Beleuchtungs- oder Aufnahmebedingungen vorgelegen haben.

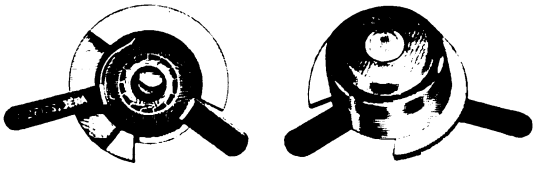


Abb. 6. Wechselkondensor (Zeiß)

Für den praktischen Gebrauch hat sich der Leuchtbildkondensor in den ja freilich eng gesteckten Grenzen seiner Verwendungsmöglichkeit für biologische Zwecke als ein unbezweifelbarer Fortschritt erwiesen. Vielleicht lassen sich diese hohen Aperturen auch für die Betrachtung von Dünnschliffen und dergleichen nutzbar machen.

Das Bestreben, den Dunkelfeldkondensor gleichzeitig für die Hellfeldbeleuchtung verwendbar zu machen, hat zu mehreren interessanten

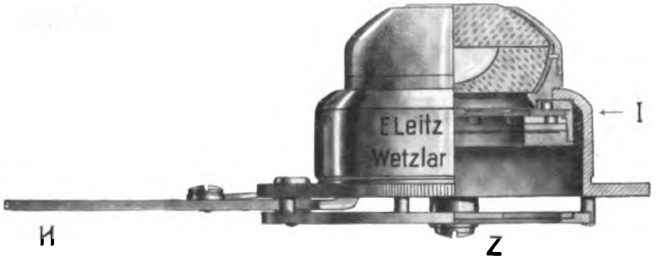


Abb. 7. Großer Spiegelkondensor (Leitz)

Konstruktionen geführt. Wenn wir uns vorstellen, daß für die Dunkelfeldbeleuchtung gleichsam nur der äußere Rand für eine ringförmige Beleuchtung nutzbar gemacht wird und daß dabei das Zentrum des Kondensors unbenutzt bleibt, so ist es klar, daß man Hellfeldbeleuchtung dadurch erzielen kann, daß man den Dunkelfeld liefernden Randring ausschaltet und das verbleibende Zentrum für Herstellung der Hellfeldbeleuchtung verwendet.

In dem Wechselkondensor von Siedentopf (s. Abb. 6) haben wir einen Paraboloidkondensor für Dunkelfeld vor uns, der auch dieselbe Leistungsfähigkeit besitzt wie die sonstigen Paraboloidkondensoren. Der Wechselkondensor hat zwei Hebel, der linke Hebel dient dazu, die Hellfeldbeleuchtung nach Wunsch herzustellen. Bewegt man ihn, so geschieht

Digitized by Google

zweierlei. Einmal wird durch Zuschnüren einer Irisblende der Randteil des Kondensors abgeblendet, gleichzeitig wandert die zentrale Blende, welche den Mittelteil des Kondensors bei Dunkelfeldbeleuchtung bedeckt, nach außen, so daß direkt durchgehende Lichtstrahlen Hellfeldbeleuchtung erzielen können. Da man mit der hellen Dunkelfeldlichtquelle arbeitet, muß in den Hellfeldstrahlengang eine dämpfende Filterscheibe eingelegt werden. Es ist ein Charakteristikum der Siedentopfschen Konstruktion, daß der Übergang ganz allmählich geschieht, so daß zwischen Dunkelfeld und Hellfeld alle möglichen Stadien der Beleuchtung durchlaufen werden, hierbei entsteht eine sogenannte neutrale Beleuchtung. Beim Studium der Struktur von Protozoen z. B. erhält man dabei von Fibrillen sehr interessante Bilder. Durch diese dem Kondensor eigentümliche Kupplung läßt sich der Übergang vom Hellfeld zum Dunkelfeld und umgekehrt in bequemster und raschester Weise vollziehen.

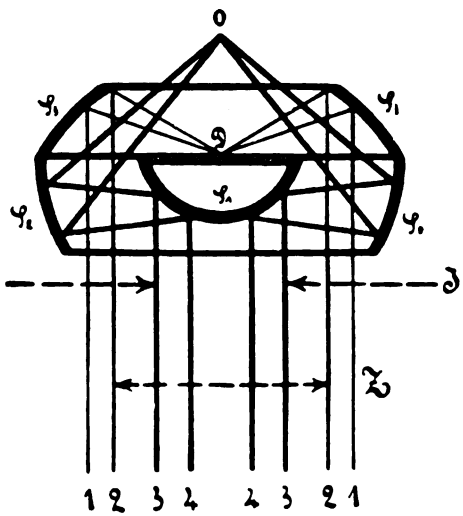


Abb. 8. Strahlengang im Spiegelkondensor (Leitz)

An diesem Kondensor ist rechts noch ein zweiter Hebel vorhanden, dieser dient dazu, um den Schnittpunkt der beleuchtenden Strahlen auf die Objektebene zu fokussieren. Mit Hilfe dieser Einrichtung kann man verschiedene Dicken der Objektträger in gewissen Grenzen ausgleichen. Ich selbst ziehe es allerdings vor, ausgemessene Objektträger zu verwenden, da dann überhaupt keine Verstellung nötig ist. Benutzt man den Wechselkondensor bei sehr schwachen Vergrößerungen, so entwickelt das optische Teil, welches die Fokussierung herbeiführt, ein Spiegelbild, das unter Umständen irreführen kann. Die num. Ap. im Hellfeld beträgt bei dem Siedentopfschen Wechselkondensor etwa 0,8.

Der Leitzsche große Spiegelkondensor für Hell- und Dunkelfeld ist in Abb. 7 u. 8 dargestellt. Diejenigen Stellen, welche die Dunkelfeldbeleuchtung hervorbringen, sind stark ausgezeichnet. Infolge der Konstruktion dieses Kondensors, der im Innern eine halbkugelförmige Fläche besitzt, liegen hier die Dunkelfeldstrahlen innen und die Hellfeldstrahlen außen. Demnach wird bei diesem Kondensor Hellfeldbeleuchtung erzielt durch Einschaltung einer Zentralblende Z, es können dann nur die äußeren beleuchtenden Strahlen 1 und 2 in den Kondensor eintreten, welche eine weiß mattierte Fläche D beleuchten, wodurch Hellfeldbeleuchtung mit der num. Ap. 0,8 erzielt wird. Um Dunkelfeldbeleuchtung zu erzielen, wird die Zentralblende herausgeklappt und die Irisblende soweit zugezogen, daß sie die Randstrahlen abschneidet, so daß auf der mattierten Fläche D kein heller Fleck zu sehen ist. Die Dunkelfeldbeleuchtung, die

Digitized by Google

also durch die Strahlen 3 und 4 erzielt wird, hat dieselbe Güte der sonstigen Leitzschen Spiegelkondensoren. Es ist mit diesen Kondensoren gleichfalls möglich, eine kombinierte Feldbeleuchtung zu erzielen, das was Siedentopf das „neutrale Bild" nennt. Man erhält sie durch Ausschalten der Zentralblende und Öffnen der Irisblende. Es ist klar, daß sich in diesem Falle beide Beleuchtungsarten überlagern. Wenn man die Irisblende zuzieht, kann man die Hellfeldbeleuchtung bis auf Null herabmindern. Während bei der Zeißschen Konstruktion beim Übergang vom Hell- zum Dunkelfeld die Beleuchtungsart über das Präparat hinwandert, trifft bei der Leitzschen Ausführung die kombinierte Feldbeleuchtung stets das ganze Gesichtsfeld.

Auch die Reichertschen Konstruktionen bedienen sich eines Spieles von Blenden. In Abb. 9 ist der Hell-Dunkelfeld-Steckkondensor dargestellt. An Stelle der fixen Zentralblende besitzt er eine kleine zentral angeordnete Irisblende und knapp oberhalb derselben eine Blaumattscheibe. Durch Öffnen und Schließen der Irisblende erhält man Hell- oder Dunkelfeldbeleuchtung. Im Seitenteil des Kondensors befindet sich eine weitere Irisblende, mit dieser kann die Hellfeldbeleuchtung abgestellt werden. Dieser Steckkondensor kann auch mit eingebauter Lichtquelle geliefert werden.

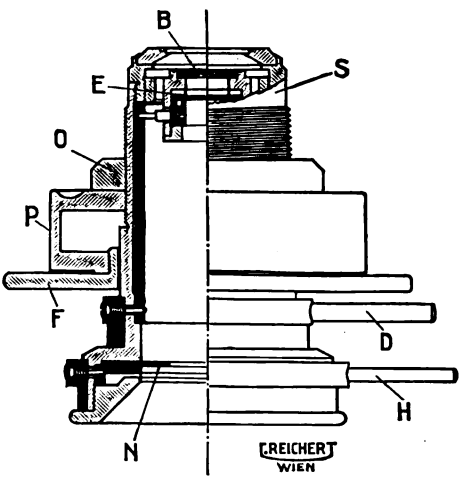


Abb. 9. Hell-Dunkelfeld-Steckkondensor (Reichert)

Die Fortschritte der mikroskopischen Technik haben somit in den letzten Jahren eine Anzahl Konstruktionen auf dem Gebiet der Dunkelfeldbeleuchtung geliefert, welche geeignet sind, den verschiedenen Ansprüchen in Forschung und Praxis gerecht zu werden.

Literatur

1. Engelmann, F., Ein neuer Kondensor für Dunkelfeldbeleuchtung. M. m. W., 1925, Nr. 6, S. 247. — 2. Gutmann, M. J., Der mikroskopische Nachweis der gefärbten Tuberkelbazillen im Hell-Dunkelfeld. Beitr. z. Kl. d. Tbc., 1927, Bd. 66, H. 3, S. 308. — 3. Rock, H., Durchführung des Überganges vom Hell- zum Dunkelfeld mit dem Spiegelkondensor für Dunkelfeldbeleuchtung der Firma Leitz in Wetzlar. M. m. W., 1922, Nr. 19, S. 709. — 4. Oelze, F. W., Eine neue einfache Methode zur Erzeugung von Hellfeldbildern mittels Dunkelfeldkondensoren. D. m. W., 1923, Nr. 42. — 5. Oelze, F. W., Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen. IV. Neuere Universalobjektive für Hell- und Dunkelfeldbeleuchtung. Derm. W., 1928. — 6. Druckschrift Zeiss: Mikro 406.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia

Februar 1928, Bd. 4, Nr. 29

Vitiligo bei einem Neger (El vitiligo en el negro), von H. Abascat. S. 347. Verf. beschreibt die Vitiligo bei den Negern, die leichter als bei der weißen Rasse zu differenzieren ist, da der Kontrast zwischen den milchweißen Flecken und der normalen Hautfärbung sehr deutlich ist. Verf. illustriert seine Ausführungen durch zwei sehr charakteristische Abbildungen. Die Kubaner behandeln die Vitiligo, die im Volksmund „Güito" heißt, mit einer Mischung von Schwefel und Kokosöl, dem sie ausgezeichnete Heilwirkungen nachrühmen.

April 1928, Bd. 4, Nr. 31

Die Syphilis ohne Schanker (La sifilis sin chancro), von Sáinz de Aja. S. 483. Nach Verf. gibt es tertiäre Infektionen „d'emblée" und sekundäre Infektionen „d'emblée". Verf. stützt sich außer auf die klinische Erfahrung auf die experimentellen Arbeiten von Kolle und Elsa Everts, welche gezeigt haben, daß die Spirochäten, die an irgend einem Punkt der Haut oder Schleimhäute deponiert werden, resorbiert werden können und in die Lymph- und Blutzirkulation ohne Bildung eines Schankers am Ort der Ansteckung übergehen können. Man findet in solchen Fällen die Spirochäten lebend in den Drüsen und in der allgemeinen Zirkulation und kann sie auf andere Tiere mit positivem Resultat überimpfen.

Bd. 4, Nr. 31/32

Rodrigo Diaz de Jala: Sein Werk und der amerikanische Ursprung der Syphilis (Su obra y el origen americano de la sifilis), von A. Curieses de Agua. S. 497 und 567. Ausführliches Referat, aus dem nach Verf. hervorgeht, daß die Syphilis zuerst in Europa bekannt wurde, als Kolumbus im Jahre 1493 in Barcelona ankam. Es ist nach Verf. eine ungeheure Zahl von Beweisen vorhanden, daß die Syphilis amerikanischen Ursprungs ist. Die Symptome der Syphilis waren bei den Indianern abgeschwächter als bei den Weißen. In dem Maße, als die Syphilis sich in Europa ausbreitete, änderte sich ihre Virulenz, bis sie den gegenwärtigen Charakter annahm.

Mai 1928, Bd. 4, Nr. 32

Geschwüre simuliert von einer Hysterischen (Lesiones ulcerosas simuladas por una histérica), von Cubero. S. 563. Bei der Pat., einem 18jähr. Mädchen, fanden sich bei der ersten Konsultation im Gesicht und an beiden Seiten des Kinns oberflächliche umschriebene, streifenförmige und geometrische Wunden, desgleichen kleinere an der Stirn. Auch am Rumpf, an beiden Brüsten, an den Ober- und Unterarmen und im oberen Teil beider Oberschenkel waren multiple, disseminierte Exkoriationen vorhanden. Die Wunden waren teils mit Krusten bedeckt, teils borkig aus Papeln und Pusteln gebildet. Unter Behandlung heilten die Wunden; doch erschienen neue im Gesicht und an den Oberschenkeln, bis 4 Tage nach der letzten Konsultation Pat. wegen eines Darmkatarrhs das Bett hüten mußte. Am 8. Tage ihres Aufenthaltes im Bett war die Affektion vollständig geheilt. R. Ledermann-Berlin.

Russkij Westnik Dermatologii

1928, Bd. 6, Nr. 6

Erythrocyanosis symmetrica. Angioneurosis dysovarica, von E. Kistjakowskij. Verf. beschreibt 12 Fälle von Erythrocyanosis symmetrica, darunter 11 bei Frauen und einen bei einem Manne, bei dem sich diese Erscheinungen zugleich mit solchen von Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen, nach Zerquetschung eines Hodens, einstellten. In bezug auf die Ätiologie dieses Leidens spricht sich Verf. dahin aus, daß die Erythro-

Digitized by Google

zyanose beim weiblichen Geschlecht zur Gruppe der Angioneurosen gehört, welche durch gleichzeitige Wirkung von Kälte und Dysfunktion der Eierstöcke zustande kommt. Das Vorkommen beim männlichen Geschlecht bildet eine Ausnahme.

Zur Lehre der Dermatosen vom Typus der Poikilodermia vascularis atrophicans auf Grund einer eigenen Beobachtung, von Chalipsky. Das typische Bild der Poikilodermia bei einem 29jähr. Manne, entstanden nach Fall in ein Eisloch als Knabe.

Zur Frage der Ätiologie und Prophylaxe des Mal de bassine, von P. Gorsky. Verf. sieht als Ursache der Erkrankung bei den Kokonspinnern die Unfähigkeit der Hautgefäße und der Haut an, den hohen Anforderungen der Wärmeregulierung zu entsprechen, welche an die betreffenden Personen beim Kokonspinnen gestellt werden. Hieraus folgen als prophylaktische Maßregeln Herabsetzung, womöglich Aufhebung der bei dieser Arbeit entstehenden Gefahren einerseits und Auswahl der Arbeiterinnen andererseits, entsprechend ihrer Widerstandsfähigkeit den Schädlichkeiten dieses Berufes gegenüber.

Zur Behandlung der syphilitischen Arthritiden mit Arsenobenzol, von Djakow. Verf. sah bei vier Kranken eine ungünstige Wirkung des Neosalvarsans auf syphilitische Prozesse der Gelenke wie der Knochen und statt dessen eine günstige von Hg und Jod bzw. Bi und Jod, so daß er zur Vorsicht mit Neosalvarsan in solchen Fällen rät.

Ein Fall von Hautdiphtherie, von Nowotelnowa. $2^1/_2$jähriges Mädchen mit Diphtherie der Haut, der Nase, des Auges, des Mittelohres und zuletzt des Rachens. Das Kind starb trotz frühzeitiger Behandlung mit Serum.

Zur Frage der Epididymitis intrainguinalis, von Motornow. Obgleich die Fälle von Kryptorchismus nach Verf. nicht so selten sind, da er in einem halben Jahre fünf solche beobachtete, sind die Fälle von Epididymitis derartiger im Leistengang zurückgehaltener Hoden viel seltener. In dem besprochenen Falle von Epididymitis infolge von Tripper bei Kryptorchismus erklärt er die Ursache dadurch, daß der Hoden prall im Leistenkanal angedrückt war, was eine prädisponierende Ursache schuf.

A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia

1928, Nr. 5

Zur Frage des Einflusses der spezifischen antisyphilitischen Behandlung auf den Verlauf der Menstruation bei Syphilitikerinnen, von A. Kahn und Smelow. Die Menstruation ist bei Frauen mit gesunden Geschlechtsorganen nicht als Kontraindikation für eine antiluetische Behandlung anzusehen; eine gewisse Vorsicht verlangt die letztere aber bei syphilitischen Frauen mit Erkrankungen des Genitalapparates. Im Falle des Eintritts von Menstruationsstörungen infolge spezifischer Kur bei Frauen mit gesunden Geschlechtsorganen ist bei Fortsetzung der Behandlung auf diese Rücksicht zu nehmen und eventuell die Kur während der Menstruation zu unterbrechen.

Zur Frage der klinischen Formen von Familiensyphilis, von N. Levenson und Schwarzblatt. In der Hälfte aller Fälle verläuft die Syphilis bei Mann und Frau verschieden, und auch die Schwere des Verlaufs ist, trotzdem die Krankheit aus ein und derselben Quelle stammt, selbst bei gleicher Behandlung verschieden, was auf Besonderheiten des Organismus zurückgeführt werden muß. Indessen müssen die Verff. zugeben, daß bei verschiedenen Mitgliedern ein und derselben Familie eine Prädisposition für Neurolues existiert.

Über Familiensyphilis, von J. Liefschütz. Für die in einzelnen Fällen von Familiensyphilis beobachtete Gleichartigkeit der Krankheitserscheinungen sind außer der durch die Vererbung geschaffenen gleichen Reaktionsfähigkeit des Organismus auch bestimmte Lebensbedingungen, Gewohnheiten und Familiengepflogenheiten von Bedeutung.

Zur Frage des Granuloma annulare, von Ruwinskij. 22jähr. Armenier mit aktivem Lungenprozeß und zwei Herden von Granuloma annulare auf der rechten Hand. Nach der Biopsie eines Teiles der Knötchen schwanden auch die übrigen.

Über den ulzerösen Typus des Erythema induratum Bazin, von Dshafarow. 21jähr. Mädchen mit Erythema induratum auf beiden Unterschenkeln, wobei die meisten Knoten geschwürig zerfielen. Gleichzeitig Tuberkulose der Lungen und der Bronchialdrüsen.

Digitized by Google

Naevus epidermo-hypertrophicus periarticularis, von Maschkilleison. 29jähr. Mann mit Hautverdickungen über den Gelenken des Zeige- und Mittelfingers der linken Hand, welche der Beschreibung von Gougerot und Joannon entsprachen.

Zur Ätiologie der Dermatitis atrophicans, Morbus Raynaud und Sklerodaktylie, von M. Wersilowa. In vier unter neun Fällen von Asphyxia cutis mit Atrophie und Sklerodermie bei Frauen wurde durch Ovarinbehandlung ein günstiger Erfolg erzielt, so daß Verf. an eine Hypodysfunktion der Ovarien als ätiologisches Moment denkt.

Zur Histotopographie der Prostata und der Samenbläschen, von M. Saigrajew. Bericht über die vom Verf. im pathologisch-anatomischen Institut des Virchow-Krankenhauses zu Berlin unter Leitung des Dir. Priv.-Doz. E. Christeller untersuchten pathologisch-anatomischen Präparate der Prostata und der Samenbläschen von 55 Leichen. 17 vorzügliche Mikrophotogramme illustrieren die interessante Arbeit.

Zur Frage der Aseptik des urologischen Empfangszimmers für die ambulatorische Praxis, von Semenjako. Praktische Hinweise.

Versuch der Durchführung von Komplementbindungsreaktionen bei Syphilis mit Zitratplasma, von M. Israelson und Bojewskaja. Auf Grund von 833 Untersuchungen des Blutes mit Zitratplasma nach der aktiven Methode und parallelen Untersuchungen nach der inaktiven Wassermannschen und der aktiven Weisberg-Muttermilchschen Methode konstatierten die Verff., daß die RZP sich im allgemeinen als empfindlicher als die WR, aber wenig empfindlicher als die WMR erwies.

Zum Studium der Wirkung von hämolysierten Erythrozyten aus syphilitischem Blut auf Kaninchen, von Lintwarew und A. Senin. Es wurden drei Kaninchen 7—12 Injektionen mit hämolysierten Erythrozyten von Syphilitikern in die Bauchhöhle gemacht und gleichzeitig zwei Kaninchen zur Kontrolle hämolytische Erythrozyten aus normalem Blut injiziert. Bei allen fünf Kaninchen entwickelten sich in der Bauchhöhle, wie die Autopsie ergab, Geschwülste von schmutzigweißer Farbe und derber Konsistenz.

Zur Frage der Anwendung der aktiven Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von Schirwindt und A. Alexejewa. Die Muttermilchsche Modifikation ist nach den Untersuchungen der Verff. von großem theoretischem Interesse, aber geringer praktischer Bedeutung, da sie nur in großen Laboratorien angestellt werden kann. Die Molnarsche Modifikation ist praktisch noch weniger verwertbar, da sie bloß in 51,3% mit der WR übereinstimmt.

Krystalle vom Typus Charcot-Leyden in den Absonderungen der Geschlechtsorgane bei Frauen und Mädchen, von M. Segal. Die Überschrift gibt den Inhalt der Arbeit wieder.

Die Hauptfaktoren der Dynamik der Gonorrhoe, von S. Halperin und J. Epstein. Das entschiedene Sinken der Anzahl der Fälle von chronischer Blennorrhoe bei gleichzeitigem Steigen der Anzahl der Fälle von akuter Blennorrhoe in verschiedenen Städten in RSFSR spricht für eine Besserung der Behandlungsmethoden der Blennorrhoe. Als Hauptgründe für die Zunahme der akuten Blennorrhoe sehen die Verff. eine ungenügende Kenntnis und Behandlung der weiblichen Blennorrhoe an. Sie verlangen Einführung der Idee der persönlichen Prophylaxe bei der sanitären Aufklärung und Maßnahmen zur Durchführung derselben.

Zur Charakteristik des Venerismus bei Seeleuten, von Bortschewsky. Notwendigkeit der Hebung des Kulturniveaus der Schiffsmannschaft und der Bekämpfung der Prostitution und des Alkoholismus.

Zur Kasuistik der erworbenen Syphilis bei Kindern, von Atarow. Genitale Syphilisinfektion bei 7jähr. Knaben.

Zur Lehre von der Allergie, von F. Grintschar. Eine Übersicht.

1928, Nr. 6

Zur Frage der Syphilis der Hypophyse, von Ismail-Sade. Fall von Dystrophia adiposo-genitalis bei einem 11jähr. Knaben mit Erscheinungen tertiärer Lues.

Zur Frage der Knochensyphilis, von A. Ginsburg. Beschreibung einiger Fälle von Knochensyphilis.

Über syphilitische Nodositas juxta-articularis, von T. Hanum-Alijewa. Beschreibung zweier Fälle aus der Hautklinik in Baku.

Zur Frage einer seltenen Form des Lichen ruber planus (Lichen ruber planus annulatus atrophicus), von Silberman und Maschkilleisson. Zwei einschlägige Fälle.

Digitized by Google

Zur Symptomatologie der Recklinghausenschen Krankheit, von Glauberson. Verf. beobachtete unter vier diesbezüglichen Fällen zweimal Augenveränderungen (Atrophie N. optici bzw. starke Pigmentierung um die Papillen).

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa adultorum, von Gluchowzew. 42jähr. Arbeiter.

Zur Frage der Histogenese des Cornu cutaneum, von A. Jakubson. Verf. weist den Epithelzellen der Epidermis die Hauptrolle bei Entwicklung des Hauthorns zu.

Die klinische Moorbehandlung der männlichen Gonorrhoe, von Beirach. Die Moorbehandlung der Tripperkomplikationen erwies sich besonders erfolgreich bei Arthritiden, Epididymitiden und Prostatitiden.

Zur Frage der Papillomatosis der männlichen Harnröhre, von S. Sachs. In dem vom Verf. beobachteten Fall entwickelten sich spitze Kondylome 2—3 Wochen nach Beendigung der Blennorrhoebehandlung.

Material zur experimentellen Blastomykose der Kaninchen, von Chatenewer. Verf. ist auf Grund seiner Versuche mit experimenteller Kaninchenblastomykose zur Überzeugung gekommen, daß dieselbe nur mit großer Vorsicht zu diagnostischen Zwecken verwandt werden kann. Es darf nicht vergessen werden, daß die gemeinen Hefepilze, die sich auf der Oberfläche der menschlichen Haut oder auf der Oberfläche der befallenen Partien befinden und nichts mit den blastomykotischen Prozessen zu tun haben, für Kaninchen pathogen sein können.

Resultate der einjährigen Arbeit am venerologischen Dispansär in Konstantinowka am Don, von Galenkin. Von 2132 untersuchten Personen hatten 91, d. h. 4,3%, Syphilis und 57 bzw. 2,7% Tripper.

Zur Frage der ehelichen Geschlechtskrankheiten, von Schein-Vogel. Das Krankenmaterial des Wolynschen Bezirks-Venerologischen Dispansärs ergab, daß unter den venerischen Kranken 62,2% Verheiratete und 37,8% Unverheiratete waren. Es überwog die latente Syphilis.

Syphilis in Nikolajew, von Saidner. Verf. unterzog die im Laufe von 2 Jahren zur Beobachtung gekommenen 1415 Fälle von Lues einer genauen Betrachtung über ihre soziale Stellung, Lebensalter, Geschlecht usw.

Zur Lehrmethode der sozialen Venerologie an den medizinischen Hochschulen, von Grshebin. Verf. plädiert dafür, die soziale Venerologie zu einem obligatorischen Fach an den medizinischen Hochschulen zu erheben.

Fälle aus der Praxis: 1. Zur Kasuistik der Tbc. verrucosa cutis disseminata, von Nowotelnow.

2. Ein Fall von hartem Schanker bei einem fünfjährigen Knaben mit ungewöhnlicher Lokalisation (Präputium penis), von Klebanow.

3. Zur Kasuistik der gummösen Syphilis, von Hrschtanowsky. Ulc. g. penis.

A. Jordan-Moskau.

Acta Dermatologica (Japan)

1927, Bd. 10, H. 6

Experimental Tumors Produced by Cutaneous Injection of Coal-Tar and Pityrol (Experimentelle Tumoren, die durch subkutane Injektion von Kohlenteer und Pityrol hervorgerufen wurden), von T. Shimoda, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 578. Am Kaninchenohr wurden vergleichende Versuche zwischen Kohlenteer und „Pityrol" (Teer, der beim Polieren von Reis entsteht) angestellt, wobei eine 20%ige Lösung in Olivenöl injiziert wurde. Die hyperkeratotischen Veränderungen der Epithelschicht und die proliferativen Vorgänge in den tieferen Schichten und am Ohrknorpel sind beim Kohlenteer stärker ausgesprochen als beim Pityrol.

Über sogenannte „Nodosités juxta-articulaires". Weitere Mitteilung über die Histologie des Leidens, von S. Takasaki, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 585. Im Anschluß an frühere Beobachtungen hat Verf. zehn weitere Fälle untersucht und kommt zu folgenden Ergebnissen: Der Tumor beginnt im allgemeinen in der Kutis auf der Höhe der Schweißdrüsenglomeruli. Er hat eine lappige Struktur und eine relativ scharfe Grenze. Um den Tumor herum Infiltration, Bindegewebswucherung und Gefäßneubildung. Wo der Tumor direkt unter der Epidermis liegt, sind in der Oberfläche manchmal eine leichte Verdickung der Stachelzellenschicht und eine Verlängerung der Papillen sowie eine Vermehrung des Stratum granulosum bemerkbar. Die Basalschicht ist im

Digitized by Google

allgemeinen arm an Pigment. Der Tumor selbst beginnt mit einer leichten Bindegewebswucherung, Infiltration und Gefäßneubildung, die allmählich zunehmen. Das gewucherte Bindegewebe bildet eine fibrilläre Grundsubstanz, die ein homogenes Aussehen und stellenweise Lücken aufweist; sie färbt sich ungleichmäßig und auffallend schlecht. Bei alten Tumoren nehmen die fibrösen Teile der Gewebe allmählich zu und zeigen ein einem alten Fibrom ähnliches Bild. Gummöse Entartung, Amyloid, Kalkablagerung und Ossifikation waren jedoch niemals nachzuweisen.

Über den Einfluß des Chlorkalziums auf die durch Schlangengift hervorgerufene Konjunktivitis, von S. Kanisawa, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 596. Wenn ein Tropfen einer 1%igen Lösung von Schlangengift (Trockengift von Trimeresurus gramineus) in das Kaninchenauge gebracht wird, so kommt es dort bald zu einer starken Konjunktivitis: das Auge wird infolge der ödematösen Schwellung der Lider vollkommen geschlossen, entleert Eiter und zeigt manchmal konjunktivale Hämorrhagie. Träufelt man aber etwa 5 Minuten vor der Schlangengiftlösung einen Tropfen 5%ige Chlorkalziumlösung in das Auge, so sieht man, daß dadurch die Schlangengiftkonjunktivitis auffallend gehemmt wird: Es kommt nicht mehr zu ödematöser Schwellung der Lider, eitriger Exsudation und Schleimhautblutung. Eine solche hemmende Wirkung entfaltet das Chlorkalzium nur gegen Schlangengift, nicht aber gegen Senföl und Abrin. Subkutan oder intravenös verabreichte $CaCl_2$-Lösung dagegen übt selbst in einer großen Dose keinen hemmenden Einfluß auf die Entstehung der Schlangengiftkonjunktivitis aus. Auch bei gleichzeitiger Injektion von $CaCl_2$ und Schlangengift wird die Wirkung des Schlangengiftes nicht abgeschwächt. Verf. schließt sich daher der Vermutung von Bang und Overton an, daß das Kalzium mit Schlangengift wahrscheinlich eine salzartige Verbindung bildet, welche die gesunde Schleimhaut weder zu reizen noch zu durchdringen vermag, die aber leicht dissoziierbar ist, wenn sie in den Körper injiziert wird.

The Action of Light, X-Rays and Radium on the Movement of Ciliated Epithelium (A Study in Tissue-Culture Method (Die Wirkung des Lichts, der X-Strahlen und des Radiums auf die Bewegung des Flimmerepithels. [Studie mit der Gewebskulturmethode]), von T. Umeda, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 603. Lichtwellen von 650—722 μμ verursachen bei einstündiger Beleuchtung eine Beschleunigung der Flimmerbewegung des Frosch-Pharynxepithels, die aber nach 10—15 Minuten wieder verschwindet. Lichtwellen von 510—620 μμ haben selbst bei vierstündiger Beleuchtung keine Wirkung, während solche von 400—480 μμ eine hemmende Wirkung haben, die eine Stunde und länger anhält. Bei Belichtung mit der Kromayer-Lampe erfolgt bei einer Dauer von 20 Minuten eine Beschleunigung, bei intensiverer Belichtung eine allmähliche Abnahme. 30 Minuten lange Belichtung mit Licht von 300—400 μμ Wellenlänge verursacht eine lebhafte Beschleunigung. Intensive Röntgenbestrahlung (10 HED) ruft eine Verlangsamung hervor, die aber nach einer Stunde wieder verschwindet. Intensive Radiumbestrahlung, z. B. 100 mg Radiumbromid in einer Platintube von dreistündiger Dauer verursacht ebenfalls Verlangsamung mit darauffolgender Erholung nach einer Stunde.

Dactylitis Framboesica Multiplex, von M. Hashiguchi. Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 616. Mitteilung von fünf Fällen von Framboesie, bei denen nach unvollständiger Behandlung Rezidive mit Daktylitis auftraten. Spindelförmige Auftreibungen wie bei Spina ventosa. Histologisch fand sich ziemliche Verdickung des Periosts durch Ödem und Zellinfiltration. Die kleinen Venen in dem Entzündungsgebiet zeigen unregelmäßige Schwellung der Endothelzellen. Spirochäten wurden nicht nachgewiesen. Die Endphalangen der Finger und Zehen und die zweite Phalanx der Zehen waren nicht ergriffen, dagegen in der Mehrzahl der Fälle auch die langen Röhrenknochen. WR und MTR waren stark positiv und blieben es auch, nachdem die Erscheinungen unter Salvarsanbehandlung zurückgegangen waren. Die Periostläsion, die derjenigen bei Lues hereditaria ähnelt, sieht man nur sehr selten. (Abbildungen.)

1928, Bd. 11, H. 1

Über das primäre Karzinom der männlichen Urethra, von A. Fukai, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 40. Nach Besprechung der in der Literatur niedergelegten 80 Fälle teilt Verf. 4 Fälle aus seiner eigenen Beobachtung mit, die genau besprochen werden. (Abbildungen.) Er nimmt in einem Falle eine Kallusgeschwulst Schuchardts an, bei den anderen handelte es sich um Plattenepithelkarzinome. Therapeutisch soll möglichst früh operiert werden. Aus der Literatur ergibt sich eine Gesamtmortalität ven 71% der

Digitized by Google

Fälle. Die Entscheidung, ob geschwollene Lymphdrüsen wirklich metastatisch karzinomatös verändert sind oder nicht, ist nur durch mikroskopische Untersuchung möglich. Die Resultate der bisherigen Untersuchung der Metastasen beim Urethralkarzinom sind so unzureichend, daß sich nichts damit anfangen läßt.

Vergleichende Untersuchung über die physiologischen Wirkungen des Pyridins und seiner Alkylderivate, von S. Kanisawa, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 69. Verf. untersuchte Pyridin und seine Alkaliderivate: α-Methylpyridin, α, α'-Dimethylpyridin, α, γ-Dimethylpyridin, α, α'-Äthylmethylpyridin und α, γ, α'-Trimethylpyridin. Bei Injektion in den Bauchlymphsack von Rana esculenta wirkt Pyridin rein lähmend; ebenso die Derivate, jedoch steigt die Wirkung mit der Anzahl der Alkaliketten. Auf die Maus übt das Pyridin nur eine lähmende Wirkung aus, während die höheren Alkylverbindungen zuvor Erregung und Krampf hervorrufen. Auf die Gefäße des isolierten Kaninchenohres wirkt Pyridin dilatierend, die Alkylverbindungen kontrahierend. Beim isolierten Froschherzen steigert Pyridin, α, γ-Dimethylpyridin und α, γ, α-Trimethylpyridin in schwacher Konzentration die Herzaktion, während es bei höherer Konzentration zu systolischem Stillstand kommt. α-Methylpyridin, α, α'-Dimethylpyridin und α, α'-Äthylmethylpyridin setzen den Herztonus herab und bewirken in stärkerer Konzentration diastolischen Stillstand. Der Blutdruck wird durch Pyridin und seine Derivate erniedrigt, und zwar nimmt die Wirkung mit der Anzahl der Alkylseitenketten an Intensität zu.

A Study of Alopecia areata. Part I. A Statistical Observation on the Relation Between Psychiconervous Diseases and the Hairgrowth (Eine Studie über Alopecia areata. Erster Teil: Eine statistische Beobachtung über die Beziehung zwischen psycho-nervösen Erkrankungen und Haarwuchs), von S. Tamura und S. Kaneda-Kyoto. S. 88. An 316 Pat., die an psycho-nervösen Erkrankungen litten, untersuchten Verff. die Haardichte und eventuelle Haarerkrankungen. In bezug auf die Haardichte wurde kein Unterschied zwischen Kranken und Gesunden gefunden. Es wurden nur wenige Haarerkrankungen mit endgültigem Haarausfall festgestellt, darunter 8 Fälle von Alopecia areata = 2,5%. Da dieser Prozentsatz dem der Gesunden entspricht, so läßt sich durch diese statistische Untersuchung keine Stütze für die Hypothese erbringen, die einen Zusammenhang zwischen Alopecia areata und psycho-nervösen Störungen annimmt.

On a Peculiar Depigmentary Condition in the Islets of Palau and Saipan, South-Sea-Islands (Über eine besondere Pigmenterkrankung auf den Südseeinseln Palau und Saipan), von Y. Ikegami und M. Hashiguchi, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 100. Verff. beobachteten auf Palau und Saipan 23 Fälle einer Vitiligoerkrankung der Extremitäten, die der von Matsunaga beschriebenen Safuerkrankung auf der Insel Truck entspricht. Bazillen wurden nicht gefunden. In 9 Fällen konnte Heredität festgestellt werden. In den Vitiligoteilen ist die Epidermis mehr oder weniger verdünnt; die Basalschicht enthält keine Pigmentkörner. In den hyperpigmentierten Zonen bemerkt man dagegen eine geringe Proliferation der Epithelschichten und Zellinfiltration bis ins Korium hinab. (Mikro- und makroskopische Abbildungen.)

The Action of Certain Zootoxins on the Movement of Ciliated Epithelium. (A Study in Tissue-Culture Method) (Die Wirkung verschiedener tierischer Gifte auf das Flimmerepithel. [Studie mit Gewebskulturmethode]), von T. Umeda, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 107. Es wurde die Wirkung von Schlangengiften, Gift von den Hautdrüsen der Kröte, Fischgift, Aalserum und Kantharidin auf das Froschpharynx-Flimmerepithel untersucht. Es wirkte das Gift von Naja naja arta (Cantor), Trimeresurus gramineus (Shaw), Tramineresurus mucrosquamatus (Cantor) erst erregend und später verlangsamend. Die Gifte riefen zum Teil noch bei Verdünnung von 1 : 100 Zytolyse hervor und waren hitzebeständig bei halbstündiger Erwärmung auf 75° bzw. 55° C. Verdünnung von 1 : 10000 und mehr beeinflußte das Flimmerepithel kaum. Krötengift und Fischgift von Synanceia verrucosa (Vorkommen in der Nähe der Saipaninsel) riefen bis in Verdünnung von 1 : 10000 Beschleunigung mit folgender Verlangsamung hervor. Aalserum verursachte Beschleunigung der Flimmerbewegung mit späterer allmählicher Lähmung. Die Wirkung von Kantharidin war geringe Irritation, dann allmähliche Bewegungsabnahme und schließlich Separation der einzelnen Zellen.

Lichen ruber planus mit Schleimhautbeteiligung, von B. Tashiro, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 114. Bei einer 24jähr. Pat., die seit 4 Monaten an der Affektion leidet, fanden sich Effloreszenzen an der Mund- und Genitalschleimhaut und an der Blasenschleimhaut. (Mikro- und makroskopische Abbildungen.)

Digitized by Google

1928, Bd. 11, H. 2

Über das Kolloidmilium, von A. Fukai, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 155. Nach Besprechung der Literatur Mitteilung von zwei Fällen aus eigener Beobachtung bei einem 45jähr. und bei einem 56jähr. Manne. Betreffs der Histogenese schließt sich Verf. der Theorie an, die das Kolloid aus der Umwandlung der kollagenen Fasern entstehen läßt. Die Veränderungen der elastischen Fasern sind nicht pathognomonisch für das Kolloidmilium. (Abbildungen.)

Über die toxischen Wirkungen des Giftes von Naja naja atra und von Trimeresurus gramineus, von S. Kanisawa, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 169. Auf Grund von Kaninchenversuchen kommt Verf. zu der Ansicht, daß die Todesursache beim Colubridengift hauptsächlich in Atemlähmung, beim Viperngift, welches nur wenig Neurotoxin enthält, hauptsächlich in der Zirkulationsstörung zu suchen ist. Die Sektion der Tiere, welche durch die intravenöse Injektion der Gifte akut getötet wurden, zeigt beim Viperngift Blutungen an Peritoneum, Mesenterium und Darm, außerdem Stauung an Niere und Leber. Doch sind diese Befunde zu gering, um als Todesursache in Frage zu kommen. Beim Colubridengift fehlen solche Veränderungen. Das Viperngift hat zwar eine blutgerinnende Eigenschaft, doch trifft man bei der Sektion weder Embolie noch Thrombose in den lebenswichtigen Organen an.

A Study on Alopecia areata. II. A Histological Study of the Slender Nerve Branches of Hair Follicles in Alopecia areata (Eine Untersuchung über Alopecia areata. 2. Eine histologische Untersuchung der feinen Nervenfasern der Haarfollikel bei Alopecia areata), von S. Tamuka-Kyoto. S. 184. Verf. untersuchte bei 13 Fällen von Alopecia areata die feinen Nervenfasern der Haarfollikel, die er nach der Methode von Ramon y Cajal mit Silber imprägnierte. Er fand wohl Anschwellungen, Knotenbildung und ungleichmäßige Färbung, jedoch nicht häufiger als in Vergleichsobjekten. Er schließt daraus, daß diese Veränderungen in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Alopecia areata stehen. (Mikrophotogramme.)

Experimental Study of the Action of a Small Quantity of Iodine Administered Stomachically (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von kleinen Gaben von Jod per os), von M. Minowada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 191. Verf. verfütterte an Tauben kleine Dosen von Jodkali und kam zu folgenden Ergebnissen: Die Schilddrüse ist an Gewicht etwas vergrößert. Die Kolloidsubstanz sieht in den Follikeln konzentrierter aus; die Epithelschicht ist dünn, was für eine verminderte Funktionstätigkeit des Organs spricht. Die Milz ist vergrößert; die Lymph- und die Retikuloendothelzellen sind proliferiert. Die Hoden sind an Gewicht und Umfang enorm vergrößert. Die Tubuli sind deutlich vergrößert, die Spermatozoen sind vermehrt. Das Gewicht der Ovarien ist ebenfalls außerordentlich vermehrt. Die große Anzahl der Follikel, die sich in verschiedenen Stadien befinden, zeigen eine erhöhte Tätigkeit des Organs an. Leber, Herz und Pankreas zeigen geringe Gewichtszunahme, histologisch keine Veränderung.

Ein Fall von beiderseitiger Verdoppelung der Nierenbecken und Ureteren, von B. Tashiro, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 212. 20jähr. Mädchen, dessen hauptsächliche Beschwerden leichte Schmerzen bei der Miktion sind. (Abbildungen.)

1928, Bd. 11, H. 3

Der Einfluß der Schilddrüsenexstirpation auf die Haut und Hautdrüsen mit besonderer Berücksichtigung der Schweißdrüsen, von M. Minowada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. Verf. untersuchte bei strumektomierten Katzen die Schweißsekretion der Fußsohlenfläche mit Hilfe von mit Methylenblau bestreutem Filtrierpapier. Schon 14 Tage nach der Schilddrüsenexstirpation tritt die Funktionsstörung der Schweißsekretion deutlich auf. Die histologischen Veränderungen der Haut und Schweißdrüsen treten aber erst später zutage.

A Case of Cutaneous Horn of Rare Magnitude (Ein Fall von Hauthorn von seltener Größe), von Y. Hotta. S. 243. Bei einer 81jähr. Frau exstirpierte Verf. ein Hauthorn von 4,8 cm Länge, das im Gesicht saß. Kein Rezidiv. Literaturübersicht.

Studies in Chrysarobin, von K. Sakurai, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 261 und 266. Im Natriumbikarbonat fand Verf. ein Mittel, um die Entzündung der Haut nach Gebrauch von Chrysarobin zu mildern. Man kann die Reizwirkung des handelsüblichen Chrysarobins verkleinern, wenn man es in Alkohol löst und wieder kristallisiert. Bei Destillation spaltet sich das Chrysarobin in ein flüchtiges Öl und eine feste Substanz von

Digitized by Google

phenolartigem Charakter. Diese beiden Substanzen haben noch stärkere Reizwirkung als Chrysarobin und Chrysarobinsäure. Bei Reinigung durch Rekristallisation und Behandlung mit Natriumbikarbonat wird das Chrysarobin in eine emodinähnliche Substanz und ein Teerprodukt verwandelt, während es bei Gegenwart von starkem Alkali zu Chrysophansäure oxydiert wird. Die Reizwirkung kann ebenfalls durch Mischung mit Natriumbikarbonat aufgehoben werden, das den Phenolcharakter der Verbindung neutralisiert.

Kommt es bei den mit Rattenbißspirochäten geimpften Mäusen oder Ratten zu einer schankerähnlichen Läsion?, von M. Honda, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 271. Verf. impfte 42 Mäuse und 16 Ratten in verschiedenen Körperregionen, nämlich an dem Hoden, Hodensack, Vorhaut, Schamlippe, Rücken und Schwanzwurzel mit einer Spirochaeta morsus muris enthaltenden Blutemulsion, um zu sehen, ob irgend eine lokale Läsion am Orte der Injektion zustande komme oder nicht. Das Resultat war negativ. Eine Lokalläsion, wie sie bei Impfung mit Spirochäten bei Kaninchen zu beobachten ist, kam niemals vor.

Über die Wirkung des Pyridins und seiner Alkylderivate auf die Flimmerepithelien (Experiment in Gewebekultur), von T. Umeda, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 277. Pyridin und seine Alkylderivate wirken auf die Froschpharynx-Flimmerepithelbewegung verlangsamend und lähmend. Es war die Toxizität des Pyridin > α-Methylpyridin > α, γ, α′-Trimethylpyridin > α, γ-Dimethylpyiridin > α, α′-Methyläthylpyridin > α, α′-Dimethylpyridin. Flimmerbeschleunigende Kraft des α, γ, α′-Trimethylpyridin > α, α′-Methyläthylpyridin > α, α′-Dimethylpyridin > α-Methylpyridin.

Über die Überempfindlichkeit des isolierten Gefäßpräparates und der Präzipitinreaktion des Serums beim vorbehandelten Kaninchen, von S. Kanisawa, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 291. Wenn man dem Kaninchen als Antigene Schlangengifte (Trimeresurus gramineus, Trimeresurus mucrosquamatus und Naja naja atra) mehreremal subkutan injiziert, so zeigt das Gefäßpräparat beim Durchströmen des Antigens selbst in so schwacher Konzentration, die auf das normale Gefäßpräparat ohne Einfluß ist, eine rapide und beträchliche Verengung, d. h. eine Überempfindlichkeit. Die verschiedenen Gifte verhalten sich untereinander verschieden.

1928, Bd. 11, H. 4

Über die Über- und Unterempfindlichkeit am isolierten Gefäßpräparat des vorbehandelten Kaninchens (I), von K. Kanisawa. S. 347. Verf. studierte die Wirkung von Schlangengift (Trimeresurus gramineus, Trimeresurus mucrosquamatus und Naja naja atra) und Aalserum auf das isolierte Ohrgefäßpräparat des Kaninchens. Wenn das Kaninchen vorbehandelt war, so zeigte sich eine Überempfindlichkeit in Form von Verengung der Gefäße bis zum völligen Aufhören des Flüssigkeitsstromes. Bei stärkerer Vorbehandlung (bis zu 25 Injektionen) geht die Überempfindlichkeit etwas zurück. Auch bei Aalserum war durch Vorbehandlung eine Überempfindlichkeit und mit größeren Dosen eine Unterempfindlichkeit zu erzielen.

Keratitis Due to Inoculation with Syphilis into the Cavity Behind the Eye-Ball (Keratitis nach Impfung mit Syphilis hinter den Augapfel in die Orbita), von S. Shibata. S. 362. Beim Kaninchen kann man, ohne den Augapfel zu verletzen, mit einer Nadel hinter denselben injizieren, wenn man an der Incisura supraorbitalis posterior des Os frontale einsticht. Verf. impfte auf diese Weise 11 Kaninchen mit Erfolg, wobei in 91% eine Keratitis auftrat, die in einer granulomatösen Wucherung am oberen Rande des Limbus corneae bestand. Verf. hält diese Läsion für die Initialsklerose. Sie trat bei 7 Tieren auf; diese zeigten später im Stadium der Generalisation keine anderen Erscheinungen mit Ausnahme eines Tieres, das eine Knorpelläsion am Proc. supraorb. post. aufwies. Ein Tier bekam generalisierte Papeln nach einer schankerähnlichen Läsion. Die restlichen drei Tiere bekamen eine Keratitis mit anderen Komplikationen wie Papeln zusammen.

Ein Fall von Purpura syphilitica, von S. Kanisawa. S. 391. Bei einem 33jähr. Manne traten 7 Monate nach der Infektion außer einem papulösen Exanthem miliargroße Petechien teils zerstreut und teils gruppiert auf. Weder Gelenkschmerz noch Gelenkschwellung. WR stark positiv. Bei einer Beobachtung in der Kyotoer Klinik traten die Petechien dreimal anfallsweise auf (Fußrücken, Hals und Skapulargegend). Sie verschwanden völlig nach der dritten Salvarsaninjektion. (Abbildung.)

A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Lehrbuch der klinischen Pharmakologie, von P. Marfori. (Aus d. Ital. übers. u. d. deutsch. Verh. angepaßt von C. Bachem.) Verlag Curt Kabitzsch, Leipzig 1928. Preis RM. 24,—, geb. RM. 26.50. Marfori, Direktor des Pharmakologischen Instituts in Neapel, ein Schüler Schmiedebergs, bekannt durch seine Arbeiten über Hydrastis, über die Eisensalze, über Magnesium u. a., hat ein in Italien bekanntes Buch „Trattato di Farmacologia e Terapia" geschrieben, das schon in 3. Auflage erschienen ist. Es war ein Verdienst von Bachem, dieses Werk auch dem deutschen Leserkreise zugänglich gemacht zu haben. Vorerst sei festgestellt, daß die Übersetzung ganz ausgezeichnet ist und daß die den deutschen Verhältnissen angepaßten Veränderungen und Ergänzungen notwendig und wertvoll sind, wenn das Buch die Verbreitung bekommen soll, die es dank seiner Mannigfaltigkeit, Gründlichkeit und Reichhaltigkeit verdient. Nach einem allgemeinen Teil, der die Natur der pharmakologischen Wirkung, die Arzneiformen, die Einverleibungsart, die Umwandlung von Arzneimitteln im Organismus, die Dosierung und die Rezeptur behandelt, bespricht der Verf. die anorganischen, dann die aliphatischen und aromatischen Substanzen, hierauf die Alkaloide, die vegetabilischen Toxine, die Glykoside, die ätherischen Öle, Fermente, die Proteintherapie und die Opotherapie. Bei jedem Arzneimittel werden die Chemie, die Pharmakologie, die Toxikologie, die pharmazeutischen Präparate und die Indikationen und Kontraindikationen der Therapie besprochen. Ganz ausgezeichnet z. B. die Pharmakologie des Arsens und der Arsenobenzole. Auch das Myosalvarsan findet entsprechende Erwähnung. Die Wismuttherapie der Syphilis ist kurz, aber immerhin erschöpfend abgehandelt. Bei der Besprechung der Sarsaparilla wäre zu bemerken, daß die Wirkung nicht nur eine schweißtreibende und diuretische ist. Bei der Dosierung des Papaverin ist es zu begrüßen, daß die Maximaldosis mit 0.2 pro dosi und 0,6 pro die festgesetzt ist, da die übliche Verschreibung von 0,03—0.05, wie dies öfters auseinandergesetzt wurde, sicherlich zu niedrig ist. Wenn zwar vorliegendes Buch die experimentelle Pharmakologie nicht in dem Maße berücksichtigt, wie es die Werke von Schmiedeberg und Meyer-Gottlieb tun, sondern sich mehr an die Lehrbücher der Arzneimittellehre von Tappeiner, Bernatzik-Vogel und Poulsson hält, so vermittelt es wohl dem Arzt und Studierenden die richtigen Kenntnisse und wird auch vom Facharzt herangezogen werden können, um gelegentlich entfallene Tatsachen nachzulesen und seine Kenntnisse zu ergänzen. A. Perutz-Wien.

Die Anwendung des Salvarsans zur Behandlung der Syphilis und die dabei beobachteten Schädigungen der Gesundheit während der Jahre 1923/1925. Nach den amtlichen Berichten der Regierungspräsidenten. Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw., Bd. 27, H. 1. Verlag R. Schoetz, Berlin 1928. Preis RM. 1,80. Aus der umfangreichen Enquête sind folgende Zahlen besonders bemerkenswert: Bei 152126 Antworten mit 1607235 meist mit Neosalvarsan behandelten Kranken 633 Fälle von Salvarsandermatitis, 340 Fälle von Ikterus, außerdem noch 110 Fälle von Leberschädigung mit Ikterus, 287 Fälle von Exanthem. 22 Todesfälle, von denen aber nur bei 16 das Salvarsan den Tod veranlaßt haben konnte, während bei den 6 anderen der Tod durch die Grundkrankheit oder ein anderes Leiden erfolgte. Von den das Salvarsan anwendenden Ärzten wird fast einstimmig das Salvarsan als unentbehrliches Heilmittel für die Syphilis erklärt. Hinweis auf die dahingehenden Äußerungen Jadassohns, die Erklärung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und das Ergebnis der von Jadassohn veranstalteten paneuropäischen Umfrage. Fast ausnahmslos wird der Rückgang der Syphilis in den verschiedenen Ländern auf das Salvarsan in erster Linie oder seine hervorragende Mitwirkung zurückgeführt. Hinweis, daß die Salvarsanschädigungen erheblich abgenommen haben, seitdem man es gelernt hat, das Mittel nur in geeigneten Fällen richtig anzuwenden. Bei einer gewissen Zahl von Fällen werden sich Nebenwirkungen nicht immer vermeiden lassen, da es Menschen gibt, die das Salvarsan nicht vertragen, ebenso wie Menschen gegen andere Heilmittel überempfindlich sind. Die verdienstvolle Veröffentlichung verdient die Kenntnis aller mit Salvarsanpräparaten behandelnden Ärzte. F. Juliusberg-Braunschweig.

Neue Prinzipien in der Behandlung der Syphilis, von J. J. Perelzweig. Vorwort von K. N. Krshischkovsky. Verlag „Kubuch", Leningrad 1928. 87 Seiten. Im Vorwort begrüßt K. die objektive Art und Weise, mit der P. an das Problem der Syphilistherapie herangeht. K. sieht darin den Einfluß der Schule von Pavlov, unter dem P. lange Jahre als wissenschaftlicher Mitarbeiter gearbeitet hat. Die Ergebnisse von P.,

Digitized by Google

die mit den neuesten Resultaten der physikalischen Chemie übereinstimmen, sind von großer Bedeutung für die Behandlung der Lues. P. glaubt den größten therapeutischen Effekt bei einer großen Oberflächenwirkung zu erzielen und schlägt daher vor, die intravenösen Salvarsaninjektionen in entsprechenden Dosen alle 1—2 Tage zu wiederholen; das Mittel soll dabei in starker Verdünnung sehr langsam einfließen. Die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung wird abgelehnt, da hierbei nur 4—5 Heileinheiten pro Tag zu erzielen sind gegenüber 80—100 Heileinheiten bei reiner intravenöser Salvarsankur. Der Vorteil des Salvarsans gegenüber dem Hg, Bi und J beruht darin, daß Salvarsan nicht nur durch die Nieren und die oberen Darmabschnitte, sondern hauptsächlich durch die unteren Darmabschnitte ausgeschieden und dadurch besser vertragen wird. Bei der Analyse des Wirkungsmechanismus der antiluetischen Mittel überhaupt unterscheidet Verf. bei der Lues die Spirochätose der mesodermalen Elemente und die Reaktion des Organismus auf das syphilitische Gift. Diese Reaktion kann in einigen Fällen fehlen, wie man das häufig bei der experimentellen Lues beobachtet. Der zutage tretende therapeutische Effekt der antiluetischen Mittel äußert sich im Verschwinden dieser reaktiven Erscheinungen. Die Hauptaufgabe des Organismus, im Bestreben seine Intaktheit zu wahren, besteht in der Ausscheidung und Neutralisierung aller fremden und schädlichen Agentien. Während der Organismus sich nun bestrebt, das syphilitische Gift durch eine komplizierte, auf nervösem Wege zustande kommende Reflexreaktion durch die Haut und die angrenzenden Schleimhäute hinauszubefördern, werden die antiluetischen Mittel zur Neutralisation und Ausscheidung in den Verdauungskanal mit seinen Drüsen dirigiert. Diese beiden Reaktionen sind einander diametral entgegengesetzt und hemmen sich wechselseitig. Je intensiver die Behandlung, um so energischer geht die Reaktion des Organismus auf das syphilitische Gift von statten. Auf diesem Wege wird der erste Erfolg der Behandlung, das Verschwinden der syphilitischen Erscheinungen, als Äußerung der Reaktion des Organismus erzielt. Die Hauptaufgabe der Behandlung liegt jedoch in der Vernichtung des spirochätösen Prozesses. Der Verf. nimmt an, daß die antiluetischen Mittel in den Verdünnungen, in welchen sie im Organismus zirkulieren, keine bakterizide Wirkung ausüben können. Gemäß dem pharmakologischen Gesetz, nach welchem ein und dasselbe Mittel in schwachen Konzentrationen die Zelle reizt, in starken dagegen lähmt, wirken die antiluetischen Mittel in schwachen Lösungen aktivierend auf die Abwehrreaktionen des Organismus. Gleichzeitig, wohl infolge der Eigenheiten der Struktur der Spirochäten und möglicherweise auch infolge der größeren Anziehungskraft derselben, auf die Ehrlich hinwies, kommt es zu einer Parese der Spirochäten. Nach einmaligen oder selten aufeinanderfolgenden Salvarsaninfusionen können sich die Spirochäten von der zeitweiligen Parese erholen. Mehrere Infusionen, die sich im Abstande von 1—2 Tagen wiederholen, regen die Zellen des Organismus zu einer maximalen Aktivität an und können dank der gleichzeitig hervorgerufenen anhaltenden Parese der Spirochäten zur Zerstörung der Spirochätenbasis, d. h. zur Genesung des Organismus führen. A. Hirsch-Frankfurt/Main.

Mitteilungen aus der Literatur

Urtikaria und Erytheme

Recherches sur l'oedème local provoqué. Action expérimentale de quelques substances néphrotoxiques (Untersuchungen über das örtliche provozierte Ödem. Experimentelle Wirkung einiger nephrotoxischer Substanzen), von E. Schulmann und J. Marek. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 22, S. 272—273.) Nach vorausgegangenen Versuchen, bei denen beim Kaninchen Hautquaddeln mit isotonischer Kochsalzlösung angelegt worden waren, wurde jetzt gleiches mit drei für die Niere toxischen Substanzen, Urannitrat, Chromkalium, Sublimat durchgeführt. Die Resorption der Quaddel ging bei allen Medikamenten ohne wesentliche Differenzen vor sich, ebenso fanden sich gleichmäßig Hydrops der serösen Höhlen und Ödeme, welche letzteren jedoch beim Sublimat vermißt wurden. Aus diesen Beobachtungen Schlüsse auf die Pathogenese der Ödeme zu ziehen, ist noch nicht möglich. E. Levin-Berlin.

Über einen seltenen Fall von Quinckeschem Ödem, von W. R. von Kowenicki-Krakau. (Ther. d. Gegenw., 1928, H. 4, S. 192.) Fall von sehr schwerem Quinckeschem Ödem bei einem Vagosympathikotoniker, das nach Darreichung von 1% Atropin

Digitized by Google

(je 10 Tropfen) und Kalk schnell abklang. Nach einer Woche Feststellung von typischem Basedow, der auf Antithyreoidin und Natr. cacodyl. nach 14 Tagen bis auf geringe Reflexsteigerungen verschwand. D. Simons-Berlin.

Etude de la composition du liquide d'oedème dans un cas d'„oedème de Quincke" (Untersuchung der Zusammensetzung der Ödemflüssigkeit in einem Falle von „Quinckeschem Ödem"), von P. Govaerts. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 22. S. 339—341.) Die Untersuchungen betreffen einen Fall, in dem seit längerer Zeit häufig ausgebreitete Urtikariaeruptionen auftraten, besonders an Stellen, die mechanischen Reizungen ausgesetzt waren; in letzter Zeit waren die Effloreszenzen häufig der Sitz von Blasen. die die Epidermis abhoben. Die Untersuchung der Blasenflüssigkeit ergab: Totalgehalt an Proteinen 31,15, Albumin 21,35, Globulin 9,81, Fibrinogen in Spuren, nicht von Protein stammender N. 0,21 (in Gramm pro Liter). Im Blut fanden sich: Totalgehalt an Proteinen 69,30, Albumin 52,10, Globulin 17,20, nicht von Protein stammender N 0,21, osmotischer Druck der Proteine 40 cm Wasser. Im übrigen ist Pat. völlig gesund. Blutdruck: Maximum 19, Minimum 12, Venendruck 14 cm. Die Ursache der Ödeme kann in diesem Falle keine mechanische sein, da Venendruck und osmotischer Druck der Proteine normal sind; es muß sich vielmehr um eine abnorme Durchlässigkeit der Kapillaren für die Proteine handeln. Diese Durchlässigkeit macht sich um so mehr geltend, je kleiner das Molekül ist; daher wird das ein voluminöseres Molekül besitzende Fibrinogen fast völlig zurückgehalten. Wieso das Globulin im Verhältnis zum Albumin in der Ödemflüssigkeit reichlicher ist als im Blut, läßt sich nicht genügend erklären. Diese Pathogenese verbindet also die bei der Urtikaria und dem Quinckeschen Ödem auftretenden Infiltrate mit dem entzündlichen und toxischen Ödem zu einer Gruppe. E. Levin-Berlin.

Herpes

Notions actuelles sur l'anatomo-pathologie, l'étude expérimentale et l'étiologie du zona (Der augenblickliche Stand der pathologischen Anatomie, der experimentellen Untersuchungen und der Ätiologie des Zosters), von P. Ducas-Paris. (Gaz. des hôp., 1928, Nr. 47. S. 837—841; Nr. 49, S. 869—874.) Die Arbeit zieht Schlüsse aus den Ergebnissen der neueren Literatur. Danach muß die frühere Annahme, daß es sich um eine Affektion der Ganglien und Wurzeln der Rückenmarksnerven handelt, dahin modifiziert werden, daß diese vielleicht die Hauptrolle spielen, daß aber außerdem alle Elemente des Zentralnervensystems und Sympathikus betroffen sein können. Die experimentellen Untersuchungen haben noch zu keinen sicheren Ergebnissen geführt; das Zostervirus scheint unter gewissen Bedingungen übertragbar zu sein, doch gelang dies nur selten, und die erzeugten Eruptionen waren von geringer Intensität. Der infektiöse Ursprung des Zosters erscheint sichergestellt; strittig ist jedoch die Frage, ob es sich um ein spezifisches Virus handelt. Bezüglich Zoster und Herpes ist ein für beide Affektionen verschiedenes Virus anzunehmen; bezüglich Zoster und Varizellen spricht manches für ein einheitliches Virus, das bei Kindern mehr die Haut, bei Erwachsenen das Nervensystem angreift. Andererseits sind bei der Ätiologie die infektiösen und sonstigen Krankheiten (Syphilis, Tuberkulose, Grippe, Herz-, Leberkrankheiten) in Betracht zu ziehen, die Erscheinungen vom typischen Aussehen eines Zoster im Gefolge haben können. E. Levin-Berlin.

Inclusions acidophiles dans les cellules épidermiques 50 jours après la guérison d'un herpès cutané (Azidophile Einschlüsse in den Epidermiszellen 50 Tage nach der Heilung eines Herpes der Haut), von P. Guiraud und A.-J. Thomas. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 24, S. 507—508.) Die an derselben Stelle auftretenden Herpesrezidive würden am leichtesten durch ein örtlich latent verbleibendes Virus zu erklären sein. Bei einem Pat., der verschiedene Herpeseruptionen, die letzte vor 50 Tagen, durchgemacht hatte, fanden sich in der betroffenen Hautstelle azidophile Einschlüsse einzeln oder zu mehreren in den Malpighischen Zellen nahe der Basalschicht und zwar dem Kern, dessen Kontur sie oft veränderten, nahe anliegend, aber von ihm getrennt. Sie sind von sehr verschiedener Größe, rundlich und zeigen oft in ihrem Inneren noch runde Körperchen. Sie gleichen den Einschlüssen, die man in den Nervenzellen im Verlaufe der Krankheiten mit filtrierbarem Virus findet. Aus ihrem Vorkommen kann man auf ein Persistieren des Herpesvirus in der Haut nach der Heilung schließen und damit die Rezidive erklären. E. Levin-Berlin.

Die Einschlußkrankheiten der Haut, von B. Lipschütz. (W. kl. W., 1928, Nr. 23, S. 806.) Kurzer Fortbildungsvortrag, in dem die wichtigsten Grundlagen der

Digitized by Google

Lehre von den Einschlußkrankheiten der Haut dargelegt werden. Es gehören dazu: 1. die akuten Exantheme: Vakzinevariola, Varizellen, Masern und Röteln; 2. die Krankheiten der Herpesgruppe; 3. eine Reihe lokalisierter Erkrankungen des Hautorgans: Molluscum contagiosum, Verruca vulgaris, Condyloma accuminatum, Paravakzine und das Papilloma laryngis. Die aus den Chlamydozoen, den Reaktionsprodukten der Zelle, und den von ihnen umschlossenen Elementarkörperchen oder Strongyloplasmen, die das Virus darstellen, gebildeten Einschlüsse gehören entweder dem Kern, dem Plasma oder beiden Bestandteilen an. Letzteres ist bei Variola, Paravakzine und Papilloma laryngis der Fall; bei Molluscum contagiosum, Geflügel- und Schafpocke ist das Plasma allein der Sitz des Erregers, während der Kern allein bei der Herpesgruppe, bei Verruca vulgaris und Condyloma accuminatum sowie bei Varizellen betroffen ist. Differentialdiagnostisch ist dieser verschiedene Sitz der Krankheitserreger wichtig, z. B. zur Unterscheidung der Varizellen gegenüber Variola. B. Peiser-Berlin.

Recherches sur les propriétés antigènes des virus invisibles. Production de sensibilisatrices pour le virus herpétique (Untersuchungen über die antigenen Eigenschaften des invisiblen Virus. Bildung von Sensibilisatoren für das Herpesvirus), von E. Wollmann und A. Urbain. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 24, S. 477—479.) Bei den Untersuchungen, die in der Weise angestellt wurden, daß Meerschweinchen intraperitoneale Einspritzungen von herpetischem Kaninchenhirn erhielten (wobei übrigens ein großer Teil zugrunde ging) und 8 Tage nach der letzten Einspritzung entblutet wurden, zeigte sich, daß ihr Serum große Mengen spezifischer Sensibilisatoren für das Antigen des herpetischen Kaninchenhirns, jedoch keine für das normale Kaninchenhirn enthielt. Die antigene Kraft des herpetischen Hirns ist ihrer Stärke nach der früher für das Roussche Sarkom festgestellten vergleichbar.

E. Levin-Berlin.

Recherches sur les propriétés antigènes des virus invisibles. Production de sensibilisatrices pour le virus de la vaccine (Untersuchungen über die antigenen Eigenschaften des invisiblen Virus. Bildung von Sensibilisatoren für das Vakzinevirus), von E. Wollmann und A. Urbain. (Compt. rend. Soc. Biol., 1628, Bd. 99, Nr. 24, S. 480—481.) Von Meerschweinchen wurde ein Teil mit einer Hirnemulsion von Kaninchen, die intrazerebral mit Neurovakzine geimpft waren, ein anderer mit Emulsion von normalem Kaninchenhirn intraperitoneal behandelt. Alle Tiere wurden 8 Tage nach der letzten Einspritzung entblutet und das Serum auf seinen Gehalt an Sensibilisatoren geprüft, indem als Antigen Suspensionen von normalem oder mit Neurovakzine infiziertem Kaninchenhirn oder von mit Neurovakzine geimpftem Meerschweinchenhirn benutzt wurde. Das Serum von Meerschweinchen, die mit Hirn von intrazerebral mit Vakzinevirus geimpften Kaninchen behandelt worden waren, enthält spezifische Sensibilisatoren für dieses Antigen, die ebenso auch im Serum von mit Meerschweinchen-Neurovakzine behandelten Meerschweinchen nachgewiesen werden können. Auch enthält das Serum der ersteren Tiere Sensibilisatoren für die normale Hirnsubstanz des Kaninchens, und zwar in gleichem Maße wie das Serum der mit dieser behandelten Meerschweinchen. Die antigene Kraft der Vakzine scheint schwächer zu sein als die der Antigene des Herpes und des Rousschen Sarkoms. Die antigene Kraft der Hirnsubstanz ist verhältnismäßig schwach. Das Serum der mit Einspritzungen von Kaninchenhirnsubstanz behandelten Meerschweinchen hemmt schwach bei Gegenwart von Meerschweinchenhirnsubstanz. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis des Poliomyelitis-, Enzephalitis- und Herpesvirus, von M. Gerbasi und M. Giuffrè-Palermo. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 108, H. 1/4, S. 58.) Die experimentell bei Kaninchen mit Poliomyelitis-, Enzephalitis- und Herpesvirus erzeugten Enzephalitiden weichen, was Symptomatologie und pathologisch-anatomische Befunde anbetrifft, nicht wesentlich voneinander ab. Im Serum von Herpeskranken oder von experimentell infizierten Tieren konnten spezifische Antikörper gegen Herpessimplex-Kulturen nachgewiesen werden, ebenso bei Enzephalitis- oder Poliomyelitiskranken spezifische Antikörper gegen Enzephalitiskulturen, dagegen nicht gegen Herpeskulturen. Verff. schließen aus ihren Untersuchungen, daß Herpesvirus vom Enzephalitisvirus verschieden, letzteres aber mit dem Keim der Poliomyelitis nahe verwandt oder geradezu identisch ist. F. Harry-Wiesbaden.

Experimentelle Untersuchungen über Encephalitis post vaccinationem, von H. Aldershoff und A. B. F. A. Pondman-Utrecht. (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 107, H. 8, S. 433.) Intrazerebral mit dem Filtrat einer Kultur von Dermovakzine in Tarozzi-Bouillon geimpfte Kaninchen starben nach einigen Wochen. Durch fortgesetzte Impfungen mit

Digitized by Google

dem zerriebenen Gehirn dieser Tiere konnte der Eintritt des Exitus bis zu einem Tag beschleunigt werden. Aus dem Blut der verstorbenen Kaninchen ließ sich der Bacillus bipolaris züchten. Kaninchen, die längere Zeit mit abgetöteten Kulturen des Bacillus bipolaris vorbehandelt wurden, waren gegenüber Vakzine nur wenig oder gar nicht empfindlich. Aus dem Nasenschleim eines an Encephalitis post vaccinationem leidenden Kindes wurde eine nahezu völlige Reinkultur von Bacillus bipolaris gezüchtet. Ein Kaninchen starb nach intratestikulärer Impfung mit dem Nasenschleim in 2 Tagen. Die intrazerebrale Überimpfung einer sterilen Emulsion des Gehirns dieses Kaninchens wirkte in 22 Stunden tödlich. Das Gehirn der nach Hautimpfung mit Neurolapine verstorbenen Kaninchen enthält vermutlich einen Faktor, Neurozidin genannt, der nach intrazerebraler Impfung Kaninchen sehr schnell, oft in einigen Stunden, tötet. Diese akute Wirkung beruht wahrscheinlich auf der mechanischen Wirkung der durch langes Schütteln fein verteilten korpuskulären Elemente (Glassplitter, Metallteilchen, sehr feine Gewebe- und Eiweißteilchen?); daneben enthält das Neurozidin wohl einen langsam wirkenden spezifischen, unter dem Einfluß des Bacillus bipolaris oder abhängig vom Vakzinevirus gebildeten Faktor. F. Harry-Wiesbaden.

A propos de l'étiologie de l'encéphalite post-vaccinale (Zur Ätiologie der post-vakzinalen Enzephalitis), von C. Levaditi, P. Lépine und J. Troisier. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 100, Nr. 28, S. 818—821.) Mit dem Gehirn eines 13 Tage nach der Impfung an Enzephalitis erkrankten und daran zugrunde gegangenen Kindes wurden Impfungen an einem Schimpansen, anderen Affen, Kaninchen, Mäusen, Küken vorgenommen, die vollkommen negativ ausfielen. Keine Hauterscheinungen, Orchitis, Keratitis, Enzephalitis. Auch eine Immunität gegen die Impfung wurde dadurch nicht bewirkt, ebensowenig zeigte sich eine größere Empfänglichkeit von vorher an der Haut geimpften Tieren für eine nachfolgende intrazerebrale Impfung. Es gelingt also nicht, in dem Gehirn nach post-vakzinaler Enzephalitis das Vakzinevirus oder irgend ein anderes bekanntes oder unbekanntes Ultravirus nachzuweisen. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Studien zum Problem der sogenannten Spontanenzephalitis der Kaninchen, von H. Pette-Hamburg. (Zschr. f. Hyg., 1928, Bd. 108, H. 4, S. 700.) Bericht über experimentelle Versuche an Kaninchen, die die Tatsache bestätigen, daß es auf verschiedene Weise gelingt, eine Form der Kaninchenenzephalitis zu erzeugen, die mit der sogenannten Spontanenzephalitis der Kaninchen völlig identisch ist. Nach intratestikulärer Verimpfung von Paralytikerhirn ergab sich unter 12 Fällen fünfmal ein positives Resultat, während nach zisternaler Verimpfung von Paralytikerliquor in 3 Fällen die gleichen Erscheinungen beobachtet wurden. Ebenso ließen sich durch intratestikuläre Verimpfung von frischem Luesmaterial in 7 Fällen viermal und nach elfmaliger zisternaler Verimpfung von Liquor akuter epidemischer Enzephalitis in 3 Fällen die identischen Krankheitsbilder einer Meningoenzephalitis erzeugen. Das klinisch hervorstechendste Symptom war die einige Wochen nach der Impfung auftretende Zell- und Eiweißvermehrung im Liquor, die lange Zeit in den meisten Fällen der einzige klinisch nachweisbare Ausdruck einer zerebrospinalen Affektion blieb. Nur ausnahmsweise zeigten die Tiere Lähmungen, selten Tremor, häufiger eine allgemeine Trägheit. Der Prozeß hatte einen ausgesprochen chronischen Charakter. Histologisch war er gekennzeichnet durch eine von Fall zu Fall an Intensität wechselnde meningeale und perivaskuläre Infiltration und eine für das Krankheitsbild typische Granulombildung aus epitheloiden, lymphozytären und gliogenen Elementen mit zentraler Nekrose. Der Prozeß ließ sich mit großer Regelmäßigkeit in Passage bringen. Dieser für alle Krankheitsformen identische Prozeß wird zurückgeführt auf den gleichen Erreger, ein protozoides Gebilde, das Encephalitozoon cuniculi, das wahrscheinlich der Gruppe der Mikrosporidien angehört. Dieser Erreger findet sich auch in verschiedenen anderen Organen und stellt nach Verf.s Auffassung einen sehr verbreiteten Keim dar, der meist als harmloser Parasit von den Tieren beherbergt wird. Unter besonderen Bedingungen kann derselbe zum Krankheitserreger werden, und zwar können diese Bedingungen gegeben sein, wenn dem Organismus entzündliche Substrate zugeführt werden, deren Erreger eine bestimmte Affinität zum Zentralnervensystem haben. Dies gilt speziell für den Erreger der Syphilis.

B. Peiser-Berlin.

Prurigo und Pruritus

Therapeutische Vorschläge und ätiologische Bemerkungen zum Pruritus, von H. Frank, Stat.-Abt. d. med. Univ.-Polikl. Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1297.) Verf. empfiehlt zur Behandlung von lokalisiertem Pruritus regel-

Digitized by Google

mäßig durchgeführte Sublimatwaschungen. Die günstigen Erfolge dieser Therapie berechtigen zu der Annahme, daß der Pruritus durch eine unspezifische Infektion auf dem Boden einer erhöhten lokalen Disposition hervorgerufen wird. Bei universellem Pruritus jeglicher Genese hat sich Mitigal vorzüglich bewährt.

F. Harry-Wiesbaden.

Eine chirurgische Heilmethode des Pruritus ani sowie des zirkumskripten chronischen Ekzems, von E. Fischer-Oradea, Rumänien. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 4, S. 716.) In vier Fällen von Pruritus ani auf dem Boden eines Ekzems ging Verf. nach Fehlschlagen aller anderen Methoden chirurgisch vor: die befallene Haut um den Anus wurde 1 cm breit im Gesunden exstirpiert; auf die Wundfläche wurde ein indifferenter Salbenverband gelegt, nach 8 Tagen dazu Röntgentherapie. Gute Epithelisierung. In allen vier Fällen vollständige Heilung. Denselben Erfolg hatte Verf. mit dieser Methode bei einem Eczema capitis bei einem 6jähr. Kinde.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Ekzem, Rosacea

Eczémas et insuffisance hépatique (Ekzeme und Leberinsuffizienz), von J. Larat und Ch. Siebenmann. (Progr. méd., 1928, Nr. 20, S. 829—830.) Unter 13 Ekzematikern fand sich bei 9 eine ausgesprochene Urobilinurie, bei 6 ein Übermaß an Urobilinogen, bei 5 eine Vermehrung des Indikans. Gewöhnlich ging mit eintretender Besserung der Gehalt an abnormen Substanzen zurück und traten mit der Heilung wieder ganz normale Befunde ein. Die betreffenden Substanzen sind jedoch nicht die direkte Ursache des Ekzems; dies sind wohl andere noch unbekannte, die sich infolge der Leberinsuffizienz im Blute finden. Jedenfalls kann diese durch die Harnuntersuchung als Grundlage mancher Ekzemfälle nachgewiesen werden. E. Levin-Berlin.

Traitement de l'eczéma chronique des mains par les injections d'huile grise (Behandlung des chronischen Handekzems mit Einspritzungen von grauem Öl), von L. Bizard. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 28, S. 551.) Durch Einspritzungen von grauem Öl konnten Handekzeme verschiedener Genese ohne weitere örtliche Behandlung verhältnismäßig schnell zur Heilung gebracht werden. Wenn auch diese Tatsache zuerst zufällig bei einem Syphilitiker beobachtet wurde, hat, wie andere Fälle zeigen, die Syphilis nichts damit zu tun; die sonstigen Antisyphilitika übten einen entsprechenden Einfluß nicht aus. E. Levin-Berlin.

Bullöse Dermatosen

Maladie de Duhring. — Guérison (Duhringsche Krankheit. — Heilung), von H. Dufour und Le Hello. (J. de méd. de Paris, 1928, Nr. 30, S. 593—594.) Die Pat. hatte nach akutem Beginn der Erkrankung und bedrohlichem Allgemeinzustand mehrfache Attacken gehabt, die sich über 6 Jahre hinzogen und allmählich seltener und in geringerer Stärke auftraten. Seit 2 Jahren ist sie geheilt; dazu scheint von den mannigfachen Behandlungen hauptsächlich Arsen, und zwar besonders Natr. kakodyl., in starker Dosierung (bis zu zweimal wöchentlich 3,0) beigetragen zu haben.

E. Levin-Berlin.

Tropische Krankheiten

Züchtung und Differentialdiagnose verschiedener Leishmanien (Kala-azar, Orientbeule und brasilianische Leishmaniose) auf festen Nährböden, von M. Mayer und I. Ch. Ray-Kalkutta. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1928, Bd. 32, Nr. 6, S. 277.) Kulturen auf Pferdeblutagarplatten nach Nöller ergaben charakteristische Wachstumserscheinungen für die im Titel angeführten Leishmanien und konnten so die Befunde Nöllers voll bestätigen. Einzelheiten sind im Original nachzulesen. 19 sehr gute Abbildungen. F. M. Peter-Kairo.

Eine besonders renitente Art des Ulcus tropicum, von W. O. Wehrle-Morovia (Liberia). (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1928, Bd. 32, S. 324.) Kennzeichen dieser Form sind einmal das unter dem Nagel einer Zehe enorm schnelle und tiefgreifende Fortschreiten, wobei der Nagel meist abgehoben wird, die Unterseite der Zehe aber erhalten bleibt, dann die große Schmerzhaftigkeit. Bakteriologisch werden Bacilli fusiformes und Spirochäten gefunden. Die Heilungstendenz ist äußerst gering, medikamentöse Behandlung bietet wenig Aussicht, meist ist Amputation erforderlich. Für sonstige Ulcus tropicum-Fälle hat sich Verf. die Desitinsalbe bewährt. F. M. Peter-Cairo.

Digitized by Google

Die Framboesie im nordwestlichen Hinterland Liberias und ihre Behandlung mit Bismogenol, von E. Maass. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1928, Bd. 32, Nr. 5. S. 221.) Das Auftreten der Krankheit ist dadurch charakterisiert, daß die Durchseuchung erst in den letzten zwei Jahrzehnten allgemein wurde. Dadurch trifft man neben relativer Häufung schwerer tertiärer Formen verhältnismäßig viele polypapillomatöse Fälle bei Erwachsenen. Bei sekundären Fällen wurden etwa 5,5 ccm des Mittels gegeben, bei tertiären Formen empfiehlt Verf. ein bis zwei Serien von je acht Injektionen. Da der Bevölkerung die ein- bis zweizeitige Salvarsanbehandlung unbekannt ist, konnte leicht erreicht werden, daß sich die Pat. der wiederholten Injektion unterzogen. An Nebenerscheinungen wurden Nierenschädigungen und Stomatitiden beobachtet, die mit Natriumthiosulfat bekämpft wurden. Bismogenol hat sich Verf. demnach sehr bewährt.
F. M. Peter-Cairo.

Regressive Störungen und Atrophien

Zur Klinik und Histologie des Lupus erythematodes der behaarten Kopfhaut, von Grshebin. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1928, Jahrg. 24, Nr. 6.) Die Unterschiede im histologischen Bilde beim Lupus erythematodes des Gesichts und der behaarten Kopfhaut stehen in Abhängigkeit von der Anatomie des einen und anderen Hautgebiets und hauptsächlich in Abhängigkeit von der Menge der an der betreffenden Stelle vorkommenden Harn-, Talg- und Schweißdrüsen. A. Jordan-Moskau.

Über Vorteile und Nachteile der Triphalbehandlung bei Lupus erythematodes, von G. v. Temesvary-Budapest. (Mschr. ung. Mediziner, 1928, Jahrg. 2, H. 4.) An der Budapester Universitäts-Hautklinik wurden 23 Fälle von Lupus erythematosus mit Triphal behandelt, 9 von diesen geheilt, 14 gebessert. Im allgemninen erfolgte wöchentlich einmal die intravenöse Injektion der stets frisch hergestellten Lösung. Beginn mit 0,01, zweite Injektion 0,025, dritte 0,05, dann stets 0,1. Bei den mit Triphal behandelten Lupus erythematosus-Fällen traten die bisher bekannten unerwünschten Nebenerscheinungen nicht auf, doch bekam ein Pat. die bisher nur bei der Triphalbehandlung der Psoriasis beobachtete Urtikaria. Das Auftreten einer solchen Nebenerscheinung auch nach Verabreichung der frisch hergestellten Lösung läßt es ratsam erscheinen, bei der Triphaldarreichung mit Vorsicht vorzugehen, bis der individuelle Reaktionsgrad des betreffenden Pat. erkannt ist. F. Juliusberg-Braunschweig.

Über drei Fälle von Scleroedema adultorum Buschke, von v. Graevenitz-Leipzig. (Mschr. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 39, H. 3/4, S. 257—263.) Fall 1. Bei einem 4jähr. Knaben stellt sich unter starken subjektiven Beschwerden nach Impetigo contagiosa eine Schwellung der Haut ein, die am Hals beginnend sich bald über Stamm und Glieder erstreckt. Die Haut ist blaß ohne jede entzündliche Veränderung, samtartig weich, sehr wenig schmerzhaft verhärtet und von der Konsistenz eines gerade noch knetbaren Paraffins. Sie läßt sich nicht in Falten von dem vor allem verdichteten Unterhautgewebe abheben und ist nicht eindellbar. Sonst kein krankhafter Organbefund. Mehrere Wochen später trat bei der 5jähr. Schwester des Knaben (Fall 2) eine solitäre impetiginöse Effloreszenz am linken Ellenbogen auf. Einige Tage darauf erkrankte das Kind plötzlich an einer Schwellung der linken und rechten Halsseite. Die Haut bot denselben Befund wie beim Bruder. Im weiteren Verlauf hat die Verhärtung nur noch einen kleineren Bezirk am Nacken und an der Schulter ergriffen und ist wesentlich geringer als beim Bruder. Fall 3. 6 Monate alter Säugling erkrankt unter Fieber, Krämpfen und Erbrechen an einer typischen Enzephalitis. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen entsteht unter erneutem Fieberanstieg, begleitet von schleimigen, blutigen Stühlen, eine die Gesamthautfläche mit Ausnahme der distalen Extremitätenteile einnehmende prallderbe, nicht eindrückbare, an der Oberfläche nicht pigmentierte Veränderung der Haut. Sie läßt sich nur mit dem gesamten Unterhautfettgewebe von der darunterliegenden Faszie abheben. Die Gesichtszüge stark verwaschen; Neigung zu tiefer Somnolenz, unterbrochen von Blitzkrämpfen. Das völlig idiotische Kind wird nach 6 Wochen ungeheilt entlassen. R. Ley-Kreuznach.

Maligne Neubildungen

Über das Problem der bösartigen Geschwülste, von L. Heidenhain-Worms. (M. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1343.) Auf der Tagung der Dtsch. Gesellsch. f. Pathol. haben alle drei Referenten und alle Diskussionsredner die infektiöse Genese des Karzinoms abgelehnt. Demgegenüber und insbesondere auch gegen Fischer-Wasels Widerspruch hält Heidenhain an seinen Anschauungen fest. Die bösartigen Tumoren bilden

Digitized by Google

in der großen Familie der Geschwülste eine besondere Gattung, in die Karzinome und Sarkome hineingehören; diese beiden Tumorarten stellen Varianten dar, die je nach Ansiedlung des Virus im Epithel oder den Bindesubstanzen auftreten. Das Agens charakterisiert sich als ein lebendes durch seine „quasi embolische" Festsetzung an einem, höchstens zwei Punkten, durch deutliche Immunitätserscheinungen und durch wechselnde Virulenz; es ist in der Geschwulstzelle enthalten, auf die weise Maus übertragbar und von der ersterkrankten auf eine zweite. Die Krebskrankheit des Menschen und der Impfkrebs der Maus zeigen eine erstaunliche Ähnlichkeit in der Art des Auftretens wie in der formalen Genese, oft sogar aufs genaueste in der histologischen Form. Damit ist der Infektionscharakter der Erkrankung bewiesen, denn wir kennen kein übertragbares Leiden mit typisch-klinischem Bilde und typisch-anatomischem Befunde, das sich nicht als Infektionskrankheit erwiesen hätte. Als Beispiele für Infektiosität und Verwandtschaft von Karzinom und Sarkom führt H. einen Pariser Studenten an, bei dem sich nach Verletzung der Hohlhand durch eine mit serösem, nach Amputatio mammae carcinomatosae entstandenem Ergusse gefüllte Spritze im Laufe von 2 Jahren von der Hohlhand ausgehend ein zur Exartikulation des Armes zwingendes Sarkom entwickelte sowie eine von drei durch Verf. mit Ascites carcinomat. geimpften Mäuse, die an einem riesigen Sarkom aller Speicheldrüsen starb. L. Leven-Elberfeld.

Ergebnisse experimenteller Untersuchungen zur Erzeugung von Hautkarzinomen, von H. Fischer-Köln. (M. m. W., 1928, Nr. 27, S. 1153.) Multiple Karzinome der Haut wurden bei weißen Mäusen durch Verfütterung von Teer sowie durch Teerklysmen an der von der Applikationsstelle weit entfernten Haut erzeugt, ohne daß am Orte der Applikation, der Rektalschleimhaut, Veränderungen sichtbar waren. Daneben zeigten sich insbesondere Veränderungen an den Lungen in zwei Formen: 1. entzündliche Veränderungen um die Bronchien mit sekundären Veränderungen der Bronchialwand, 2. Tumorbildung. Fr. Ortmann-Magdeburg.

Über Organveränderungen bei Mäusen nach Teerpinselung, von W. Berghoff, Path. Inst. Krkhs. Berlin-Moabit. (Zschr. f. Krebsforschg., 1928, Bd. 26, H. 6, S. 468.) Es ließen sich bei teergepinselten Mäusen drei verschiedene Arten der Veränderungen der inneren Organe beobachten, und zwar fanden sich bei einer erheblichen Anzahl von Tieren degenerative Veränderungen in Leber und Niere, ferner Zellwucherungen in Milz und Leber, die wahrscheinlich auf Wucherungen des retikulo-endothelialen Apparates zu beziehen sind, und schließlich Amyloidablagerungen besonders in der Milz, seltener in Leber und Niere. Diese morphologischen Veränderungen der inneren Organe werden auf durch die Teerpinselung hervorgerufene Stoffwechselstörungen, wahrscheinlich des Eiweißstoffwechsels, zurückgeführt, die ihrerseits wieder auch die Disposition zur Karzinomentwicklung schaffen, so daß nach Entstehung dieser Disposition ein lokaler Reiz die Karzinomentwicklung auslösen kann. B. Peiser-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen über die Immunisierung von Mäusen gegen Karzinom und Sarkom auf intrakutanem Wege, von Urbach und Schnitzler. (W. kl. W., 1928, Nr. 27, S. 941.) Verff. kommen auf Grund ihrer Versuche zum Resultat, daß eine Immunisierung auch durch einschleichende Injektionen unterschwelliger Tumormengen auf intrakutanem Wege nicht möglich ist, weshalb sie die Annahme einer spezifischen aktiven Immunisierung für die transplantablen Mäusetumoren ablehnen; dagegen glauben sie, angeregt durch Versuche von R. Erdmann, den Beweis erbracht zu haben, daß Beziehungen bestehen zwischen retikulo-endothelialem System und Tumorwachstum, insofern, als dieses über natürliche Abwehrkräfte verfügt. Denn intrakutane Karzinom- oder Sarkomaufschwemmungen blieben erfolglos; dagegen ergaben sich 100% Reaktionen bei vorheriger einmaliger Tuscheinjektion, wobei eine Lähmung der Abwehrkräfte dieses Systems bewirkt wurde. D. M. Loewenstein-Bad Nauheim.

Mund und Nase

Die Aphthenkrankheit und ihre Behandlung, von J. Baasch-Breslau. (D. m. W., 1928, Nr. 29, S. 1206.) Verf. empfiehlt, die erkrankte Schleimhaut mit Neo- oder Neosilbersalvarsan (0,15 g in Wasser gelöst) zweimal hintereinander zu pinseln. Sollte diese Dosis ausnahmsweise nicht genügend wirken, so ist das Verfahren mit der nächsthöheren Dosis (0,3 g) zu wiederholen. F. Harry-Wiesbaden.

Contribution à l'étude de la stomatite impétigineuse (Beitrag zum Studium der impetiginösen Stomatitis), von J. Gaté und Aulagnier. (Lyon méd., 1928, Bd. 116, Nr. 23, S. 636—639.) Die impetiginöse Stomatitis ist meist eine Begleiterscheinung

Digitized by Google

typischer Impetigo oder Pyodermie der Haut; seltener tritt sie ohne eine solche isoliert auf. Differentialdiagnostisch muß sie dann von Aphthen, ulzerös-membranöser Stomatitis, Hydroa buccalis, Syphilis abgetrennt werden. In dem beschriebenen Falle bestanden an der Innenfläche der stark geschwollenen Oberlippe ausgedehnte, ziemlich dicke, bräunliche, nur leicht anhaftende Krusten, nach deren Entfernung sich mäßig tiefe Ulzerationen zeigten, deren Grund von einem weißlichen Überzuge bedeckt war. An der Unterlippe ähnliche Erscheinungen in viel geringerer Ausdehnung. Am Gaumen einige kleine oberflächliche Geschwüre mit unregelmäßigen Rändern und mit weißem diphtheroidem Belage. Behandlung mit abwechselnden Pinselungen mit 1% igem Methylenblau und 10% igem Argent. nitr. führte bald zur Heilung.

E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von ungewöhnlich schwerer und ausgedehnter ulzeröser Schleimhauttuberkulose des Mundes, von F. Laband und A. Hartung, Kieferstation und II. Innere Abt. Städt. Rudolf-Virchow-Krkhs. Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 29, S. 1122 bis 1123.) Bei einem bisher anscheinend völlig gesunden 28jähr. Manne trat eine mit starken Schmerzen verbundene Schwellung der Lippen, des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut auf: angeblich war eine Erfrierung der Lippen voraufgegangen. Es entwickelte sich eine ulzeröse Stomatitis, die im weiteren Verlaufe als tuberkulös erkannt wurde. Nach Besserung der Munderscheinungen führte eine frische bronchogene Aussaat den Exitus herbei. E. Levin-Berlin.

La stomatite mercurielle (Die Quecksilberstomatitis), von G. Maurel. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 31, S. 619—621). Nichts Besonderes (prophylaktische Bedeutung der Schwefelthermen, des kolloidalen Schwefels, örtliche und allgemeine Salvarsanbehandlung). E. Levin-Berlin.

Dermatomykosen

Cultures de Trichophyton gypseum en dehors de l'organisme et des milieux usuels (Kulturen von Trichophyton gypseum, abgesehen vom Körper und den gewöhnlichen Nährböden), von Brocq-Rousseau, A. Urbain und J. Barotte. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 23, S. 367—368.) Kulturen von Trichophyton gypseum wurden auf Strohhalmen von Getreide mit daran befindlichen Ähren, Haferkörnern, alten Holzstücken, kleinen Kothäufchen, Haar- und Hornteilchen angelegt, die in Röhrchen eingebracht und sorgfältig sterilisiert waren. Die Röhrchen wurden zu einem Viertel mit Wasser angefüllt. Überall gediehen die Pilze sehr gut und behielten auch nach der Austrocknung ihre Virulenz, wie gelungene Impfungen an Meerschweinchen ergaben.

E. Levin-Berlin.

Trichophytie expérimentale, à Trichophyton violaceum, du singe d'Algérie (Experimentelle Trichophytie mit Trichophyton violaceum bei algerischen Affen), von A. Catanei. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 22, S. 292—294.) Im Gegensatz zu vergeblichen Übertragungsversuchen bei verschiedenen Tieren gelang die Überimpfung auf in Algier lebende Affen (Macacus inuus). Am oberen Abschnitte des Kopfes wurden bei zwei Tieren die Haare im Umfange einer Handfläche so kurz wie möglich geschnitten und teils in leichte Skarifikationen mit Kochsalzlösung aufgeschwemmte Partikel kranker Haare eingebracht, teils kranke Haare direkt eingepflanzt, teils Kolonien einer Glukosekultur eingerieben. Die Impfung gelang mit jeder dieser Methoden, und zwar zeigten sich, nachdem die artifiziellen Läsionen innerhalb weniger Tage verheilt waren, nach Verlauf von 3 Wochen kahle Stellen, die mit grauen bis bräunlichen Schuppen bedeckt waren. Keine abgebrochenen Haare über den Schuppen. Die Herde zeigten eine gewisse Vergrößerung und gingen, je nachdem die Impfung mehr oder weniger energisch gewesen war, schneller oder langsam in Heilung über, bestanden wenigstens 3 Monate. Die Morphologie des Tr. violaceum in den Affenhaaren bietet gegenüber der im menschlichen Haar keine Besonderheiten. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 43 (Bd. 87) 27. Oktober 1928

Aus dem Dermatologicum der Klinik Prof. UNNA-Hamburg

Versuche zur Kultivierung und Reinzüchtung des Lepraerregers

Vorläufige Mitteilung

Von

ERNST KEIL und PAUL UNNA jr.

Seit der Entdeckung des Lepraerregers durch ARMAUER HANSEN im Jahre 1872 hat die Technik der Züchtung dieses Mikroorganismus kaum wesentliche Fortschritte gemacht. Trotz zahlreicher und gut angelegter Versuche konnte bisher keine praktisch brauchbare Kultivierungsmethode gefunden werden. Die angeblich gelungenen Kulturversuche sind fast sämtlich unbestätigt geblieben. Keine dieser Arbeiten hat allgemeine Anerkennung finden können. So wertvoll jeder Versuch ist, die seit Jahrzehnten stagnierende bakteriologische Lepraforschung in Bewegung zu bringen, um so kritischer wird man in Anbetracht der Unzahl der Mißerfolge jeder neuen Mitteilung über die gelungene Kultivierung des Lepraerregers begegnen müssen.

Im folgenden sei kurz über Kulturversuche berichtet, die in der Überzeugung durchgeführt wurden, daß der Lepraerreger auf künstlichen Nährsubstraten entwicklungs- und vermehrungsfähig sei und daß die Darstellung einer Reinkultur dieses Mikroorganismus in erster Linie eine Frage der bakteriologischen Technik sein müsse.

Ausgehend von der äußerst nahen Verwandtschaft, die zwischen dem tuberkulösen und leprösen Krankheitsprozeß in klinischer und pathologisch-anatomischer, in sozialer und epidemiologischer Hinsicht besteht und in Anbetracht der fast restlosen morphologischen und tinktoriellen Übereinstimmung der Erreger dieser beiden Krankheiten lag es nahe, daran zu denken, daß sie auch in biologischer und kultureller Hinsicht sich ähnlich verhalten würden, daß der Leprabazillus zum Aufbau seines Protoplasmas ähnliche chemische Stoffe braucht wie der Erreger der Tuberkulose.

Ein ausgezeichnetes Verfahren zur Züchtung des Tuberkelbazillus ist im Jahre 1926 von J. HOHN (1) angegeben worden. Diese Methode ermöglicht durch Vorbehandlung des tuberkulösen Materials mit Schwefelsäure unmittelbare Reinzucht des Tuberkelbazillus aus dem Säuresediment auf Einährböden.

Digitized by Google

In relativ kurzer Zeit, im allgemeinen in etwa 19—21 Tagen, entwickeln sich mit großer Präzision rasch wachsende Reinkulturen des Tuberkelbazillus. Ein Nährboden, der für den schwer kultivierbaren Erreger der Tuberkulose derart günstige Wachstumsbedingungen schafft, schien geeignet, auch dem trägeren Schwesterbazillus, dem Erreger der Lepra, Entwicklungs- und Vermehrungsmöglichkeiten zu bieten. Diese Vermutung gewann an Wahrscheinlichkeit durch die Mitteilung von KONDO und NAKAKA (2), daß die Wachstumsgrenze der Leprabazillen nach der sauren Seite bei P_H 5,7, auf der alkalischen Seite bei P_H 10,0 bis $> 11{,}0$ liege. Die Annahme, daß im Bereiche der mittleren Wasserstoffionenkonzentration zwischen diesen beiden Grenzwerten das Wachstumsoptimum zu suchen sei, ließ den neutral reagierenden Einährboden nach HOHN, der genau eine P_H-Konzentration von 7,1 bis 7,2 besitzt, besonders geeignet erscheinen.

Auffallend häufig ist bereits bei früheren Versuchen das Ei als Nährbodengrundlage verwandt worden. NEISSER benutzte gekochte Hühner- und Enteneier, MELLO und CABRAL verwandten flüssiges Ei nach BESREDKA, EMILE-WEIL arbeitete mit lebendem Hühnerei usw.

Hinzu kam eine Reihe anderer Umstände, die die Kulturmethode des Tuberkelbazillus nach HOHN zur Züchtung des Leprabazillus besonders geeignet erscheinen ließ. Die Vorbehandlung des auszusäenden leprösen Materials mit 10% Schwefelsäure machte eine restlose Abtötung der schnell wuchernden, unvermeidlichen Begleitbakterien möglich, und es war damit zu rechnen, daß die den Bazillen bei der Übertragung auf den Einährboden noch anhaftende Schwefelsäure evtl. als Wachstumsreiz wirksam würde.

Wir hielten uns bei unseren Versuchen zur Kultivierung des Leprabazillus genau an die Vorschriften, die HOHN für seine Methode zur Züchtung des Tuberkelbazillus gegeben hat. Das verimpfte Material stammte von einem 45jährigen Patienten, der seit 6 Jahren an einer schwer verlaufenden Knotenlepra leidet. In den Lepromen fanden sich stets reichliche Bazillenmengen. Die Aufbewahrung der beimpften Kulturröhrchen erfolgte im Brutschrank bei einer konstanten Temperatur von 37° C.

Zum Vergleich wurde eine Reihe von Eiröhrchen mit Tuberkelbazillen enthaltendem Sputum, das gleichfalls nach der Methode von HOHN vorbehandelt worden war, beimpft. Das Parallelstudium der Lepra- und Tuberkelbazillenkulturen erwies sich als besonders aufschlußreich und führte zu bemerkenswerten Ergebnissen.

Wie zu erwarten, war das Wachstumstempo des Tuberkelbazillus ein wesentlich schnelleres. Drei Wochen nach der Beimpfung zeigten sich auf den mit tuberkelbazillenhaltigem Sputum beschickten Eiröhrchen makroskopisch deutlich feinste, leicht erhabene, weißgelbliche Kolonien, während auf den Leproröhrchen Veränderungen kaum feststellbar waren. Nach Ablauf der vierten Woche zeigten sich auch auf den mit Leprabazillen beimpften Nährböden deutliche Veränderungen. Die Berührungsstellen der das lepröse Material übertragenden Platinöse wurden jetzt auf den Einährböden gut sichtbar. Die bis dahin fast glatte Oberfläche des Nährbodens nahm hier ein mattgraues, opakes Aus-

Digitized by Google

sehen an. Makroskopisch wurden an diesen Stellen kleinste Erhebungen sichtbar. Die Tuberkelbazillenkulturen wiesen nach 40 Tagen stecknadelkopfgroße Kolonien auf, während die der gleichaltrigen Parallelkulturen der Leprabazillen die Größe eines feinen Sandkorns erreicht hatten.

Verf. hätten sich auf Grund dieser makroskopisch sichtbaren Veränderungen allein nicht zu dieser Mitteilung entschlossen, wenn nicht das mikroskopische Bild der Ausstriche, die von 4 Wochen alten Leprakulturen erstmalig gemacht wurden, das tatsächliche Wachstum der Leprabazillen als sehr wahrscheinlich hingestellt hätte.

Der im Leprompreßsaft sich reichlich findende Leprabazillus färbte sich mit Karbolfuchsin (anschließend HCl-Alkohol-Entfärbung) wie üblich in der Form eines tiefroten, homogenen Stäbchens. Das unverändert gleiche Bild boten die Ausstriche, die aus dem mit Schwefelsäure vorbehandelten Impfmaterial hergestellt wurden. Nach 4 Wochen dagegen zeigten Abstriche aus den mit Lepramaterial beimpften Eiröhrchen ein wesentlich verändertes Bild. Die Leprabazillen färbten sich jetzt mit Karbolfuchsin bedeutend heller und wiesen durchweg die Kokkothrixform auf, die sonst nur mit bestimmten Färbemethoden (z. B. Fuchsin-Gentiana-Jod) darstellbar ist. Diese Kokkothrixform ist erstmalig von LUTZ und UNNA im Jahre 1886 sowohl bei Lepra- als auch bereits bei Tuberkelbazillen beschrieben worden. Sie wird von einigen Autoren als Involutionsform und Degenerationserscheinung aufgefaßt. LUTZ und UNNA dagegen sehen in ihr das „normale Strukturbild" des Lepra- wie des Tuberkelbazillus.

Eine eindeutige Klärung erfuhren diese sich widersprechenden Ansichten durch den mikroskopischen Befund, den wir bei unseren üppig herangewachsenen Tuberkelbazillenreinkulturen erheben konnten. Die mit Karbolfuchsin gefärbten Ausstriche zeigten nach üblicher Säurebehandlung ebenso wie die gleichaltrigen Leprakulturen nur Kokkothrixform. Es kann sich somit hier nicht um Degenerationserscheinungen handeln, sondern nur um Wuchsformen säurefester Bazillen. Die mikroskopischen Befunde, die die restlose morphologische und tinktorielle Übereinstimmung unserer Leprakulturen mit denen gleichaltriger Tuberkelbazillenreinkulturen ergaben, machten es recht wahrscheinlich, daß es gelungen war, den Leprabazillus auf dem HOHNschen Einährboden zum Wachstum zu bringen.

Eine ausführliche Mitteilung über die bakteriologischen und mikroskopischen Einzelheiten wie über den Ausfall der spezifischen Serumproben (Agglutination, Komplementbindungs- und Leprinreaktion) wird folgen.

Literatur

1. HOHN, J., M. m. W., 1926, Nr. 15. — 2. KONDO und NAKAKA, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, 1926, Bd. 18, S. 770.

Digitized by Google

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Krankenkasse zu Lodz

Zur Frage der Ätiologie und Pathogenese des Lichen ruber planus

Von

Dr. S. Neumark

Das Problem der Ätiologie und Pathogenese des Lichen ruber planus beschäftigt seit längerer Zeit namhafte Dermatologen, aber die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen haben keine endgültige Klärung der Frage gebracht. Im Hinblick auf die Wichtigkeit des Gegenstandes ist es wohl angebracht, jeden noch so geringen Beitrag zu der uns interessierenden Frage in Betracht zu nehmen.

Die Ätiologie des Lichen ruber planus ist uns bisher unbekannt geblieben. Einige Beobachtungen sprechen zugunsten der Infektionstheorie dieses Hautleidens, nämlich das Auftreten des Lichen ruber nach Trauma, Verletzung [H. Hebra, Gebbert (1), Audry (2)] oder Mückenstich [Bory (3)]. Brocq (4) glaubt auf Grund eigener und fremder Beobachtungen annehmen zu dürfen, daß der Lichen ruber von Kranken auf gesunde Individuen sich übertragen läßt. Bory (5) hat in einigen Fällen von Lichen ruber planus den Verlauf in Gestalt von Auftreten einer Primäreffloreszenz (Plaque initiale) analog der Pityriasis rosea vor der Generalisierung der Eruption beobachtet. Einige Autoren [Montpellier (6), Pautrier (7), Hufschmitt (8)] machen darauf aufmerksam, daß der Lichen ruber planus als kleine Endemien zu gewissen Jahreszeiten auftreten kann. Derartiges Vorkommen konnte ich im Ambulatorium der Krankenkasse feststellen. Während gewöhnlich die Lichen-ruber-Fälle unter den ambulatorischen Kranken im allgemeinen ziemlich selten sind, hatte ich die Gelegenheit, im Herbst 1925 10 Fälle von Lichen ruber planus zu beobachten, von denen 8 Fälle mittels Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes und der Spinalganglien behandelt wurden. Für die Infektionsätiologie des Lichen ruber sprechen außerdem noch die Beobachtungen über das Auftreten dieses Leidens bei Ehegatten, weiter die seltene lineäre [Lamprecht (9)] oder korymbiforme Lokalisation der Hauteffloreszenzen [Lichen ruber corymbiformis — Leschinski (10)]. Der klinische Verlauf des Hautleidens sowie das histo-pathologische Bild können gleichfalls als Argumente zur Unterstützung der Infektionstheorie herangezogen werden, dennoch, wie Darier (11), Buschke und Sklarz (12), Pautrier (13) es ausdrücklich betonen, sind diese Tatsachen ungenügend, um den Beweis für die parasitäre Genese dieser Dermatose zu liefern, um so mehr, da jegliche Untersuchungen in dieser Hinsicht ergebnislos geblieben sind. Experimentelle Versuche der Übertragung des Lichen ruber auf gesunde Individuen sind vollkommen mißlungen [Pautrier (14)].

Digitized by Google

Das Auftreten des Lichen ruber im Gefolge von heftigem Chok bei nervösen Individuen, das häufig intensive Jucken weist auf die neuropathische Genese des Hautleidens hin. In allen von mir bisher untersuchten Fällen von Lichen ruber waren die Symptome seitens des vegetativen Nervensystems deutlich ausgesprochen, wie z. B. der sehr nervöse Zustand, peinliches Jucken (mit Ausnahme eines Falles des Lichen ruber planus der Mundschleimhaut), Schlaflosigkeit, die Kopfschmerzen. Auf den Chok als den ätiologischen Faktor des Lichen ruber planus weist das Auftreten dieses Leidens nach heftigen psychischen Affekten [Ravaut (15), Hudelo (16), Ramel (17)], nach einem Anfall von Gallenstein oder Nierenkolik, infolge von heftigen neuralgischen Schmerzen, nach Einspritzung von antidiphtherischem Serum usw. hin. Es ist bekannt, daß das vegetative Nervensystem eine ganz hervorragende Rolle in der Pathogenese der Chokerscheinungen spielt.

Die symmetrische, hauptsächlich aber die gürtelähnliche Lokalisation der Hauteffloreszenzen [J. M. Peyri (18)], die spezielle Lokalisation der Lichenknötchen in der Gegend von abgeheiltem Herpes zoster [Spillmann, Watrin und Créhange (19), G. W. Unna (20)], oder längst dem Nervenverlauf [Adler (21)], das Zusammenkommen von Lichen ruber mit Vitiligo oder auch mit einer frühzeitigen intensiven Pigmentierung der Haut [Lichen ruber pigmentosus, Obermiller (22)], das Auftreten von Pigmentierung nach Resorption von Lichenefflorescenzen sogar ohne jegliche Behandlung, die Fälle von Hautmelanose mit lichenähnlichen Efflorescenzen (Melanodermitis lichenoides toxica, Hoffmann), das Auftreten von Lichen planus im Anschluß an Thalliumbehandlung (Dombrowski), eine ganze Reihe solcher und anderer Beobachtungen spricht dafür, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen dem Hautleiden und dem pathologischen Zustand des vegetativen Nervensystems existiert. Dafür sprechen gleichfalls die Beobachtungen von Thibièrge und Ravaut (23) sowie Ravaut (24), welche in einigen Fällen von Lichen ruber planus das Verschwinden des Juckens sowie die Resorption von Lichenefflorescenzen nach der Lumbalpunktion beobachtet haben. Eine Reihe von Autoren [Pautrier (25), Noguer-Moré (26), Ramel (27)] konnten gleichfalls die günstige Wirkung der Lendenpunktion auf das Verschwinden des Hautjuckens bestätigen, welche Wirkung nach Margarot (28) damit erklärt werden kann, daß die Lumbalpunktion eine Reizung des parasympathischen Systems hervorruft, worauf die Blutdrucksenkung und Pulsverlangsamung nach diesem Eingriff hindeutet. Das familiäre und hereditäre Vorkommen des Lichen ruber planus [Jadassohn, Galewski, Kiess, Joseph (29), Freund (30), Spitzer (31)] spricht nicht der oben ausgesprochenen Auffassung dagegen, umgekehrt weisen derartige Beobachtungen auf das Vorhandensein von einer konstitutionellen Disposition des vegetativen Nervensystems in der Richtung des Auftretens von Lichen-planus-Effloreszenzen nach verschiedenartigen Reizen, welches System eine hervorragende Rolle in der Pathogenese des Lichen ruber mitspielen muß. In diesem Sinne darf man die Ergebnisse der pharmakodynamischen Untersuchungen des vegetativen Nervensystems mittels der Atropinmethode nach Daniélopolu (32) deuten, welche in allen von mir untersuchten Fällen von Lichen ruber in verschiedenen Stadien des Lei-

Digitized by Google

dens eine Hypovagotonie erwiesen haben. Buschke und Sklarz (12) nehmen außerdem noch eine gewisse konstitutionelle Disposition der Haut an. Als Beweis führen die genannten Autoren unter vielen anderen auch die Beobachtungen von einer Lichen-ruber-ähnlichen Eruption oder auch eines typischen Lichen ruber planus nach Neosalvarsanbehandlung bei Luetikern an. Derartige Beobachtungen wurden zuerst von Buschke und Freymann veröffentlicht; nachher erschien aber in der Literatur eine ganze Reihe von Publikationen, teilweise im Zusammenhang mit der interessanten, von Wirz (33) temperamentvoll geführten Diskussion über das Thema: Existiert ein gewisser kausaler Zusammenhang zwischen dem Auftreten bei Luetikern von Lichen ruber planus oder von Lichen-ruber-ähnlicher Eruption und der Neosalvarsanbehandlung [Keller (34), Marenbach (35), Frei und Tachau (36), Klaar und Rosner (37), Montpellier, Lacroix und Boutier (38), Pautrier (39), Buschke und Sklarz (12), Hudelo, Kourilsky und Laporte (40), Albert (41), Bory (42), Margarot (43), Ramel (44), Rosenbaum (45)] oder ist der Lichen ruber vollkommen zufällig während der spezifischen Behandlung aufgetreten, eventuell ist das Hautleiden durch das Neosalvarsan einfach provoziert worden [Wirz, Riecke (46)]. Jadassohn meint, daß eine Lichen-ruber-ähnliche Eruption, die klinisch und histologisch mehr oder weniger dem Lichen ruber entspricht, im Zusammenhang oder ohne mit anderen Salvarsanveränderungen der Haut als Folge einer Idiosynkrasie des Organismus gegenüber dem Neosalvarsan anzusehen ist. Pautrier ist der Meinung, daß alle Lichen-ruber-ähnliche Eruptionen nach Neosalvarsanbehandlung bei Luetikern als echte Lichen-ruber-Fälle von anormalem Verlauf betrachtet werden müssen. Sowohl Jadassohn (47), Buschke und Sklarz, wie überhaupt die französische Schule [Brocq [1]), Darier] nehmen an, daß der Lichen ruber planus keine spezifische, sondern nur eine charakteristische Dermatose (Réaction cutanée, Brocq) sei, welche sowohl von einer Salvarsaneruption, wie auch von einem luetischen Exanthem (Lichen syphiliticus) manchmal bis zur vollkommenen Ähnlichkeit nachgeahmt werden kann.

Aus allen diesen Tatsachen geht hervor, daß die Pathogenese der lichenoiden Veränderungen im allgemeinen sowie des Lichen ruber planus im besonderen ein Problem von großer Wichtigkeit, sowohl aus theoretischen wie auch aus praktischen Gründen, ist. Es ist wohl möglich, daß die Infektionstheorie des Lichen ruber sich bewahrheiten wird, jedenfalls genügt die Annahme eines hypothetischen Virus nicht, um die typischen Lichen-planus-Effloreszenzen hervorzurufen. Es ist dazu ein besonders günstiges Terrain notwendig, ein gewisser pathologischer Zustand des sympathischen Nervensystems, eventuell auch eine entsprechende konstitutionelle Disposition der Haut [Buschke und Sklarz, Sambeberger (48)], damit unter der Einwirkung dieses hypothetischen Virus und vielleicht auch andersartiger Reize (psychischer, traumatischer, toxischer Natur) infolge von hervorgerufenem Chok die Lichen-ruber-Knötchen entstehen könnten.

---

[1]) Neuerdings scheidet Brocq den Lichen ruber aus der Gruppe der Réactions cutanées pures aus. (Ann. de Derm., 1927, Nr. 2.)

Digitized by Google

Bekannt ist die Rolle der anorganischen, hauptsächlich aber der organischen Arsenverbindungen, insbesondere aber des Neosalvarsan [DIND, MONTPELLIER, HODARA und BEHDJET (49), NOVELLI (50), JEANSELME und BURNIER (51), HUDELO und RABUT (52)], des Azetylarsan [AUDRY (53), FERNET (54)], sowie des Stovarsol [MONTPELLIER, HUFSCHMITT (55)] oder Treparsol (HUFSCHMITT) in der Behandlung des Lichen ruber planus; die therapeutische Wirkung des Arsens beruht teilweise auf der Affinität zum Gewebe des vegetativen Nervensystems; Neosalvarsan oder Azetylarsan wirken außerdem desensibilisierend durch den hervorgerufenen Chok. Auf die Rolle des Choks als einen desensibilisierenden Faktor in der Behandlung des Lichen ruber deuten die günstigen Ergebnisse, die KREN (56) mittels intramuskulärer Milchdarreichung oder KLINGMÜLLER (57) und KRUSEVITZ (58) dank den intravenösen Einspritzungen von Olobinthin erreicht haben, hin. PAYENVILLE (59) stellte in einem Falle von Lichen ruber eine vollständige Heilung innerhalb eines Tages nach Einspritzung einer großen Dosis von Diphtherieserum ohne jegliche andersartige Behandlung fest. Dagegen bei anderen derartig besonders disponierten Luetikern mit betonter Intoleranz gegenüber dem Neosalvarsan befindet sich das sympathische Nervensystem in einem besonders labilen Zustand infolge von übermäßiger Reizbarkeit, da kann der infolge von Neosalvarsaneinspritzung hervorgerufene Chok ganz andere Folgen in Gestalt von Auftreten einer lichenoiden Salvarsaneruption oder auch eines typischen Lichen ruber planus haben. In diesem Sinne spricht auch die Beobachtung von LOEPER und TURPIN (60), in welcher eine Salvarsanerythrodermie hauptsächlich an den linken Extremitäten lokalisiert war, an welchen vorher vasomotorische und pilomotorische Veränderungen infolge von Störungen seitens des sympathischen Nervensystems aufgetreten waren.

Auf die Bedeutung des Nervensystems in der Pathogenese des Lichen ruber planus weisen die sehr wichtigen Untersuchungen von PAUTRIER und DISS (61), welche in den ganz anfänglichen Stadien der Knötchenbildung das Auftreten von neugebildeten Nervenzellen und Fasern in der Papillarschicht der Haut, sowie eine bedeutende Vermehrung von MERKEL-RANVIERschen Zellen in den tieferen Schichten der Oberhaut festgestellt haben, hin.

Alle diese Argumente können zugunsten der Auffassung, daß in der Pathogenese des Lichen ruber das sympathische Nervensystem eine überragende Rolle mitspielt, herangezogen werden und finden ihre Ergänzung in den positiven Ergebnissen der Behandlung des Lichen ruber planus mittels Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes sowie der Spinalganglien, die von mehreren Autoren bestätigt wurden [PAUTRIER (62), HUFSCHMITT (63), MONTPELLIER und ZARAFFA (64), LÉVY-FRÄNCKEL (65), NEUMARK und KRYNSKI (66), LOUSTE, LÉVY-FRÄNCKEL und JUSTER (67), PAYENVILLE und BILLARD (68) und andere]. Von den 8 Fällen von Lichen ruber, die NEUMARK und KRYNSKI mittels Röntgenbestrahlung der Interskapular- und Lendengegend behandelt haben, wurde in 3 Fällen eine vollständige Heilung, in 3 anderen eine weitgehende Besserung erreicht, nur in 2 Fällen von Lichen ruber planus corneus und verrucosus blieb die Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes und der Spinalganglien er-

Digitized by Google

folglos. In 2 Fällen erfolgte nach der ersten Bestrahlung zugleich mit einem beträchtlich gesteigertem Jucken eine objektiv ausgesprochene Verschlimmerung des Leidens in Gestalt von Verallgemeinerung der Eruption oder durch Ausbruch von Lichen-planus-Knötchen in der Interskapular- und Lendengegend, die vor der Bestrahlung frei von jeglichen Krankheitserscheinungen waren, exakt im Bereich der bestrahlten Felder. Diese Beobachtungen sind analog denjenigen von Hufschmitt, Hudelo (69) und Gougerot (70) beschriebenen und sind deshalb beachtenswert, weil sie einer übermäßigen Hautallergie Ausdruck geben, wobei nicht nur mechanische Faktoren (positive Köbnersche Reaktion im Fall 1), sondern auch Strahleneinwirkung einen frischen Ausbruch von Lichen-effloreszenzen hervorrufen konnten. Außerdem ist es wahrscheinlich, daß die Einwirkung auf das sympathische Zentrum im Rückenmark für die anfängliche Verschlimmerung des Leidens durch Bestrahlung beigetragen hat; darauf weist das starke Schwitzen nach der Bestrahlung der Wirbelsäule im Laufe von einigen Tagen hin.

Man darf in dieser Hinsicht die Analogie in bezug auf die mit Arsen oder Neosalvarsan behandelten Fälle von Lichen planus betonen, bei denen es während der Behandlung gleichfalls zur beträchtlichen Verschlimmerung des Leidens kam. Diese Analogie ist außerdem im Auftreten von gleichartigen Hautveränderungen, wie z. B. der Lichen-ruber-acuminatus-Knötchen, sowohl unter Einfluß der Neosalvarsanbehandlung [Schmitt (71)] wie auch nach Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes, wie wir in einem auf diese Art behandelten Falle beobachtet haben, zu ersehen. Derartige Beobachtungen sprechen gleichfalls dafür, daß der Einwirkungsort dieser verschiedenen Behandlungsmethoden das sympathische Nervensystem (Rückenmark — sympathische Ganglien — sympathische Nervenfasern) ist. Daß auch die sympathischen Nervenfasern dabei in Betracht kommen, darauf weisen die guten Ergebnisse der Behandlung des Lichen ruber mit der Gouinschen Methode (72) hin, die von mehreren Autoren bestätigt wurden [Gouin und Bienvenue (73), Jeanselme und Burnier, Hudelo und Rabut, Laurent (74), Ramel (75)], d. i. mittels der Oberflächenbestrahlung der Interskapular- bzw. auch der Lendengegend mit sehr weichen Röntgenstrahlen (Funkenstrecke 11—12 cm), von schwacher Intensität und dazu nicht filtriert. Es ist sehr wohl möglich, daß solch eine Bestrahlung intensiv auf die Endzweige der sympathischen und Gefühlsnerven einwirkt und eine reflektive Wirkung auf das Rückenmark und die sympathischen Ganglien ausübt.

Der pathologische Zustand des sympathischen Nervensystems ist ein von den wichtigsten Faktoren in der Pathogenese des Lichen ruber planus, aber welcher Art die vermutlichen Veränderungen dieses Systems sind, bleibt vorläufig noch unerforscht. Im Hinblick darauf, daß funktionelle Störungen des vegetativen Nervensystems, in diesem Falle des sympathischen sich in Stoffwechselstörungen bei derartigen Kranken kundgeben kann, wäre es wohl angezeigt, die Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand zu lenken in der Voraussetzung, daß vielleicht die entsprechenden Untersuchungen zur Erlangung von gewissen Richtlinien, die uns zur Ergründung der Pathogenese des Lichen ruber dienen, führen könnten. Derartige Untersuchungen sind

Digitized by Google

erst in ihren Anfangsstadien, und obwohl aus eigenen nicht zahlreichen Untersuchungen man keinerlei Schlüsse noch ziehen kann, es ist dennoch angezeigt, einige bisher erzielten Ergebnisse hier anzugeben. In 10 Fällen von Lichen ruber, in denen der Blutzuckergehalt vor, während und nach der Behandlung mittels Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes und der Spinalganglien bestimmt wurde, konnten wir bei einigen Kranken vor der Behandlung einen zwar hohen, aber noch als normal anzusprechenden Blutzuckerspiegel feststellen, der nach der Bestrahlung einer gewissen Erniedrigung erlag.

(Die mikrochemischen Untersuchungen wurden im chemisch-bakteriologischen Laboratorium der Krankenkasse ausgeführt.)

Tabelle 1

	Untersuchungsdatum	Name und Vorname	Blutzucker nüchtern vor der Bestrahlung ‰	Blutzucker nach der Bestrahlung ‰	Diagnose	Bemerkungen
.	3. X. 1925	Fr. K.	1,12	—	Lichen ruber gener. corporis et mucosae oris, Lichen corneus cruris dextri	Geheilt nach 3 Bestrahlungen der Interskapular- und Lendengegend
	19. I. 1926	Fr. K.	—	0,94		
2.	15. IX. 1925	M. P.	1,0	—	Lichen ruber planus mucosae oris	—
	27. XI. 1925	M. P.	—	0,87	—	Nach 3 Bestrahlungen der Interskapulargegend
	27. II. 1926	M. P.	—	0,8	—	Nach 4 Bestrahlungen bedeutende Besserung
3.	2. XI. 1926	N. J.	1,2	—	Lichen ruber planus corporis et corneus cruris	Geheilt nach 3 Bestrahlungen der Interskapular- und Lendengegend
4.	16. XI. 1925	St. J.	—	0,7	Lichen ruber planus penis et mucosae oris	Nach 3 Bestrahlungen der Lendengegend
	6. III. 1926	St. J.	—	0,7	—	Nach 6 Bestrahlungen der Lendengegend geheilt
5.	17. IV. 1925	H. A.	—	1,0	Lichen ruber planus et corneus	Nach 3 Bestrahlungen der Interskapular- und Lendengegend bedeutende Besserung
6.	17. IV. 1926	R. J.	—	0,92	Lichen ruber planus mucosae oris et corneus cruris dextri utriusque	Nach 6 Bestrahlungen bedeutende Besserung hinsichtlich des Verschwindens der Knötchen an der Mundschleimhaut
7.	2. III. 1926	W. C.	—	0.7	Lichen ruber planus	Nach 3 Bestrahlungen bedeutende Besserung
8.	6. VIII. 1926	Bil. G.	—	0,82	Lichen ruber planus	Nach 1 Bestrahlung der Interskapular- und Lendengegend
9.	30. 9. 1926	Taub P.	1,12	—	Lichen ruber planus	Vor der Behandlung
10.	23. VIII. 1927	Kw. J.	1,1	—	Lichen ruber acuminatus	Vor der Insulinbehandlung

Digitized by Google

Bei einigen Kranken wurde außerdem das Verhalten des Cholesterins im Blutserum sowie der Harnsäure im Gesamtblut nüchtern untersucht.

Tabelle 2

	Untersuchungsdatum	Name und Vorname	Blutzucker nüchtern im Gesamtblut ‰	Cholesterin im Blutserum nüchtern ‰	Harnsäure im Gesamtblut nüchtern ‰	Bemerkungen
1.	2. XI. 1925	J. N.	1,2	1,7	—	—
	17. XI. 1925	J. N.	—	1,8	4,3	Nach Bestrahlung der Interskapular- und Lendengegend
2.	3. X. 1925	Fr. P.	1,12	—	3,47	Vor der Rückenmarksbestrahlung
	19. I. 1926	Fr. P.	0,94	1,86	3 6	Nach 3 Bestrahlungen
3.	5. IX. 1925	M. P.	1,0	1,8	—	—
	27. II. 1926	M. P.	0,8	2,0	—	Nach 4 Bestrahlungen der Interskapular- und Lendengegend
4.	16. XI. 1925	J. St.	0,7	—	—	Nach 3 Bestrahlungen der Lendengegend
	1. XII. 1925	J. St.	—	2,25	—	—
	6. III. 1926	J. St.	0,7	—	3,33	Nach 6 Bestrahlungen
5.	20. IV. 1926	H. A.	1,0	1,52	—	Nach 3 Bestrahlungen der Interskapular- und Lendengegend
6.	20. IV. 1926	R. J.	0,92	1,03	—	Nach 6 Bestrahlungen
7.	20. IV. 1926	W. C.	0,94	1,48	—	Nach 3 Bestrahlungen
8.	1. X. 1926	T. P.	1,12	1,22	—	Vor der Bestrahlung

Zusammenfassend stellen wir fest, daß man die Infektion und die neuropathische Theorien des Lichen ruber planus miteinander gelten lassen kann, wenn man in Betracht nehmen will, daß die Ätiologie des Lichen ruber einheitlich, aber auch verschiedenartig sein kann, der Entstehungsmechanismus der Knötcheneffloreszenzen aber derselbe bleibt. Analog zu der Rolle, welche die Erkrankung des sensiblen Neurons in der Pathogenese des Herpes zoster spielt, darf man dem Sympathikus eine nicht mindere Bedeutung in dem Entstehungsmechanismus des Lichen ruber anerkennen, wobei der Charakter der vermutlichen Veränderungen des Sympathikus weiter noch unbekannt bleibt. Außerdem muß man bei den Kranken mit Lichen ruber eine gewisse konstitutionelle Disposition der Haut voraussetzen. Diese Disposition kann in Gestalt von angeborener oder erworbener Neigung zur lichenoiden Reaktion unter Einfluß von durch verschiedenartige Reize hervorgerufenen Choks sein, wobei der Sensibilisierungsgrad der Haut bzw. gewisser Hautbezirke in der Verbreitung der Krankheitserscheinungen eine maßgebende Rolle spielt.

Digitized by Google

Literatur

1. Jarisch-Mantzenauer, Die Hautkrankheiten, 1908, S. 626. — 2. Audry, Soc. de derm., 1923, Nr. 1, S. 50. — 3. Bory, Bull. de la soc. de derm., 1923, Nr. 5, S. 284. — 4. Brocq, Précis-Atlas de derm., 1921, Doin. S. 788. — 5. Bory, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 14 juin 1927, S. 621. — 6. Montpellier, Soc. de derm., 1925, Nr. 1, S. 28. — 7. Pautrier, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 14 mars 1926, S. 329. — 8. Hufschmitt, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 14 juin 1927, S. 626. — 9. Lamprecht, Wien. derm. Ges. Sitzung vom 25. Oktober 1923. — 10. Leschinski, Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 3, S. 517. — 11. Darier, Précis de derm., 1923, S. 150. — 12. Buschke und Sklarz, Derm. W., 1923, Nr. 24, S. 517; Nr. 25, S. 540. — 13. Pautrier, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 14 juin 1927, S. 624. — 14. Pautrier, Ibid., S. 618. — 15. Ravaut, Ibid., S. 628. — 16. Hudelo, Ibid., S. 629. — 17. Ramel, Ibid., S. 630. — 18. J. M. Peyri, Ibid., S. 517. — 19. Spillmann, Watrin und Créhange, Réun. derm. de Nancy. Séance du 26 mai 1926. — 20. G. W. Unna, Arch. f. Derm., Bd. 138, S. 466. — 21. Adler, Berl. Derm. Ges. Sitzung vom 11. Mai 1926. — 22. Obermiller, Arch. f. Derm., Bd. 142, H. 2, S. 252. — 23. Thibierge und Ravaut, Soc. de derm. Séance du 9 novembre 1905. — 24. Ravaut, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 14 juin 1927. — 25. Pautrier, Ibid., S. 571. — 26. Noguer-Morè, Ibid., S. 572. — 27. Ramel, Ibid., S. 579. — 28. Margarot, Ibid., S. 572. — 29. Joseph, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1915, S. 151. — 30. Freund, Ref. Ann. de Derm., 1926. — 31. Spitzer, Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 3, S. 474. — 32. Daniélopolu, Presse méd., 1923, Nr. 59. — 33. Wirz, Derm. W., 1922, H. 30, S. 645; Nr. 50, S. 1213. Derm. Zschr., 1924, Bd. 41, H. 4/5. — 34. Keller. Derm. W., 1922, Bd. 74, H. 1, S. 9. — 35. Marenbach, Derm. W., 1922, Nr. 51, S. 1233. — 36. Frei und Tachau, Arch. f. Derm., Bd. 141, H. 1, S. 152; Derm. W., 1923, Nr. 12, S. 255. — 37. Klaar und Rosner, Derm. Zschr., 1924, Bd. 42, H. 3/4. — 38. Montpellier, Lacroix und Boutier, Soc. de derm., 1922. Séance du 6 avril. — 39. Pautrier, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 11 mars 1923; Séance du 14 juin 1927, S. 545; Soc. de Derm., 1927, Nr. 7, S. 476. — 40. Hudelo, Kourilsky und Laporte, Bull. de la soc. de derm., 1925, Nr. 1. — 41. Albert, Derm. W., 1923, Nr. 51/52. S. 1461. — 42. Bory, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 14 juin 1927, S. 554. — 43. Margarot, Ibid., S. 555. — 44. Ramel, Ibid., S. 557; S. 520. — 45. Rosenbaum, Ref. Derm. W., 1926, Nr. 30, S. 1117. — 46. Riecke, Derm. Zschr., 1923, Bd. 39. — 47. Jadassohn, Derm. W., 1923, Nr. 12, S. 261. — 48. Samberger, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 14 juin 1927, S. 652. — 49. Hodara und Behdjet, Derm. W., 1922, Nr. 34, S. 833. — 50. Novelli, Ref. Derm. W., 1926, Nr. 34. — 51. Jeanselme und Burnier, Réun. derm. de Strasbourg 1927, S. 538. — 52. Hudelo und Rabut, Ibid., S. 540. — 53. Audry, Bull. de la soc. de derm., 1927, Nr. 1. — 54. Fernet, Réun. de Strasbourg, 1927, S. 556. — 55. Hufschmitt, Soc. de derm. Séance du 7 juillet 1927, S. 425; Séance du 12 mai 1927, S. 365. — 56. Kren, Wien. derm. Ges. Sitzung vom 1. März 1923. — 57. Klingmüller, Derm. W., 1926, Nr. 25, S. 857. — 58. Krusewitz, Ibid., S. 855. — 59. Payenville, Réun. derm. de Strasbourg, 1927, S. 630. — 60. Loeper und Turpin, Bull. de la soc. méd. des hôp., 1923, Nr. 27. — 61. Pautrier und Diss, Réun. derm. de Strasbourg, 1927, S. 522 u. 631. — 62. Pautrier, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 9 mars 1924, S. 67; Séance du 30 juillet, S. 159; Séance du 14 juin 1927, S. 602. — 63. Hufschmitt, Réun. derm. de Strasbourg. Séance du 18 mai 1924, S. 72; Séance du 20 juillet, S. 161; Séance du 13 mars 1927, S. 276; Séance du 16 janvier 1927, S. 284. — 64. Montpellier und Zaraffa, Soc. de derm., 1925, Nr. 4. — 65. Lévy-Fränckel, Soc. de derm., 1925, Nr. 1, S. 9. — 66. Neumark und Krynski, Strahlenther., 1927, Bd. 25; Ann. de derm., 1928, Nr. 3. — 67. Louste, Lévy-Fränckel und Juster, Réun. derm. de Strasbourg, 14 juin 1927, S. 591. — 68. Payenville und Billard, Ibid., S. 598. — 69. Hudelo, Laporte und Kourilsky, Soc. de derm., 1925, Nr. 1, S. 6. — 70. Gougerot und Filliol, Soc. de derm., 1926, Nr. 3, S. 191. — 71. Schmitt, Derm. Zschr., 1925, Bd. 44, H. 4/5. — 72. Gouin, Soc. de derm., 1925, Nr. 2, S. 50. — 73. Gouin und Bienvenue, Bull. de la soc. de derm., 1927, Nr. 5, S. 336; Réun. de Strasbourg, 1927, S. 573. — 74. Laurent, Ibid., S. 597. — 75. Ramel, Ibid., S. 610.

Digitized by Google

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich)

Zur Frage der Röntgenschädigungen bei tuberkulösen Prozessen

Von

Dr. Klara Fischer, Sekundarärztin

Mit 1 Abbildung im Text

Nach Röntgenbestrahlung auftretende Veränderungen an der Haut werden meist von seiten des Patienten, häufig aber auch von seiten des begutachtenden Arztes mit der Röntgenbestrahlung in direkten ursächlichen Zusammenhang gebracht, die Affektion also als Röntgenverbrennung gedeutet, ohne daß in all diesen Fällen bei genauer Erhebung des Befundes und der Begleitumstände die Strahlenwirkung allein zur Erklärung herangezogen werden könnte. Häufig findet sich ein zweites Moment endogener oder exogener Natur, das allein ebenfalls die Hautaffektion nicht hervorgerufen hätte, in Koinzidenz aber mit der Strahlentherapie den „Röntgenschaden" verursacht hat. Über einen derartigen Fall sei im folgenden berichtet.

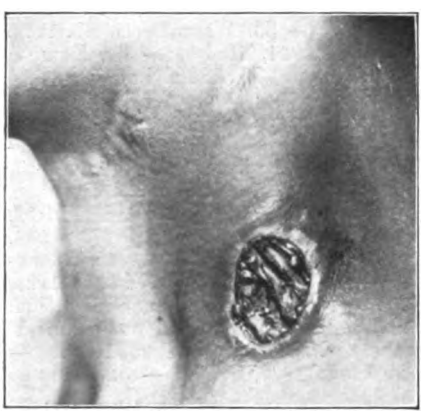


Abb. 1

Pat. M. N., 27 Jahre alt. Seit dem 4. Lebensjahre Scrophuloderma colli sowie geschwürige, narbig ausheilende Prozesse an den Armen. Nach jahrelangem Stillstand Auftreten von zwei kleinen derben Knoten links am Halse im Herbste 1927. Knoten wenig schmerzhaft, langsam wachsend. Am 20. XII. 1927 wegen Lymphoma colli sinistri auswärts mit Röntgen bestrahlt, am 21. I. 1928 Wiederholung der Bestrahlung. Pat. erhielt beide Male auf das 8×8 cm großes Feld je $^1/_2$ ED unter 4 mm Aluminiumfilter.

8 Tage nach der zweiten Bestrahlung stellte sich eine schmerzhafte Rötung der bestrahlten Hautpartie ein; Pat. behandelte sich selbst mit Burrowumschlägen und täglich 2mal gewechselten Salbenverbänden; seit dem 14. II. wurde das nunmehr bestehende Ulkus mit Ichtoxylsalbe auf ärztlichen Rat hin behandelt.

Am 22. II. wurde an unserer Klinik folgender Befund erhoben: An der linken Halsseite, in einem scharf begrenzten, dunkel pigmentierten Bereiche, der in der Längsseite des Halses $7^1/_2$ cm beträgt, dessen quere Begrenzung allmählich in die dunkel kolorierte Nackenhaut verläuft und dessen rückwärtige Grenze am Nacken nicht feststellbar ist, findet sich in der Höhe der unteren Begrenzungslinie ein überkronengroßer Substanzverlust mit scharfen Rändern, der wie ausgestanzt erscheint und innerhalb einer ziemlich scharf begrenzten Hautveränderung im Ausmaße von 4×4 cm zu liegen scheint, in der die Haut etwas verdickt und dunkel livid ist. Die Ränder des Ulkus sind deutlich unterminiert, schlapp. Der Substanzverlust selbst betrifft Haut und Unterhautzellgewebe, so daß an seinem Grunde streifiges Gewebe, anscheinend dem Platysma angehörige Muskelbündel, sichtbar werden. Dazwischen einige schwarzverfärbte Granulationen. In der Umgebung ist die Haut zum Teil

Digitized by Google

mit schwarzen schmierigen Massen bedeckt (Ichtoxylsalbe). An beiden Halsseiten Skrophulodermnarben (siehe Abbildung).

Der erste Aspekt ließ zusammen mit den anamnestisch gemachten Angaben über die kurz vorangegangenen Röntgenbestrahlungen an eine akute Röntgenverbrennung denken. Das Fehlen stärkerer Schmerzhaftigkeit, einer deutlichen Röntgenreaktion im Bereiche des nur durch seine Pigmentation als solches erkennbaren Bestrahlungsfeldes, die Unterminierung der Ränder machten die erste Diagnose hinfällig. Dazu kommt noch, daß die von einem erfahrenen Fachmanne verabreichte und genau festgestellte Dosis normalerweise eine schwere Schädigung der Haut nicht bewirken kann. Der Fall ließ sich folgendermaßen erklären: Die Pat. leidet an Lymphomen, also an einem Krankheitsprozeß, in dessen Wesen Einschmelzung und Zerfall liegt. Die Röntgenbestrahlung hat die bestehende Suppurationstendenz nicht nur nicht kupiert, sondern beschleunigt. Durch die Umschläge und die als Zugpflaster wirkenden Salbenverbände wurde eine Mazeration der über dem Lymphom liegenden, gespannten Haut bewirkt, die dem erhöhten Druck von innen nachgab, so daß der eingeschmolzene Drüseninhalt nach außen perforieren konnte. Der Größe des eingeschmolzenen Lymphoms entsprechend überschreitet die Nekrose den Hautdefekt um mehrere Millimeter, so daß die Ränder unterminiert erscheinen.

Es handelt sich also in diesem Falle um eine sogenannte Kombinationsschädigung, zustande gekommen durch den an sich zu Zerfall neigenden pathologischen Prozeß, wobei die Zerfallserscheinungen durch Einwirkung der Röntgenstrahlen, noch mehr aber die unzweckmäßige oder besser gesagt zweckwidrige Lokaltherapie beschleunigt wurden. So entstand das dem Röntgenulkus ähnliche Geschwür, welches auch in seinem weiteren Verlaufe (Abheilung bei blander Therapie nach Abstoßung der restlichen Drüse innerhalb 2 Monate, Restitutio ad integrum der benachbarten Hautpartie) die oben dargelegte Ansicht über die Entstehung des Ulkus rechtfertigte.

Fünf Jahre Bismogenoltherapie in poliklinischer Anwendung

Von

Dr. Jul. Grünberg in Leningrad

Die Literatur über die Wismutbehandlung der Syphilis überhaupt und über die Bismogenolanwendung im besonderen ist bereits groß. Dennoch erscheint mir die Bekanntgabe meiner poliklinischen Erfahrungen berechtigt, weil sie einen Zeitraum von mehr als fünf Jahren umfassen und dadurch einen gewissen Überblick über Dauererfolge ermöglichen. Diese Beurteilung ist gewiß von Bedeutung.

Bis zum Jahre 1922 benutzte ich einige französische Wismutpräparate. Diese befriedigten mich, ebenso wie andere russische Beobachter, nur mäßig, weil sie zum Teil schwer verträglich, zum anderen Teil nicht genügend wirksam waren. Außerdem waren die Präparate hier nur schwer zu erhalten. Seit dem Jahre 1922 habe ich nur noch mit Bismogenol (Tosse) gearbeitet, das mir in ausreichender Menge zur Verfügung stand.

Verwandte ich früher als Antisyphilitika Salvarsan, Quecksilber und Jod, so habe ich später das Quecksilber durch Wismut mit Erfolg ersetzt. Wismut macht wesentlich seltener als Quecksilber Nebenwirkungen, und die Wismuterscheinungen sind fast immer von geringerer Schwere. Dabei ist die Heilwirkung des Wismuts derjenigen des Quecksilbers mindestens ebenbürtig, bei der Spätlues sicher überlegen. Im Laufe meiner mehr als 20jährigen fachärztlichen Tätigkeit habe ich mir gewisse Grundregeln für die Therapie festgelegt; ich behandle aber nicht schematisch, sondern individualisiere die Intensität der Kuren und ihre Zeitfolge nach der Art der Krankheit und nach den persönlichen Eigenschaften des Kranken. Ein wichtiger Maßstab für mein Handeln ist auch der Ausfall der WR. Im allgemeinen erstrebe ich ein Negativwerden der Reaktion

Digitized by Google

durch mein Kurmaß. Zumeist behandle ich die primäre und sekundäre Lues kombiniert mit Salvarsan und Wismut, gelegentlich allein mit einem der beiden Mittel, spätere Stadien häufig nur mit Wismut.

Ich erstrebe frühzeitige Diagnose, intensive Kuren und rechtzeitige Wiederholungskuren, möglichst unter serologischer Kontrolle. Diese Richtlinien habe ich, soweit irgend möglich, auch in der Ambulanz durchgeführt; in der Überzeugung, daß ungenügende Behandlung für die Kranken nachteiliger ist, als gar keine Behandlung.

Als ausreichend erachte ich im floriden Stadium der Lues Kuren aus 8—10 Salvarsaninfusionen zu 0,45 bis 0,6 und 15 bis 20 Bismogenolinjektionen zu 1,5 bis 2,0 ccm, 2—3mal wöchentlich. Damit erreiche ich in der Mehrzahl der Fälle negative WR. Nach 3—6wöchiger Pause lasse ich weitere kombinierte Kuren folgen. Spätere Kuren bestehen dann häufig nur aus Bismogenol, meist zu 15 bis 20, selten mehr Injektionen.

Im Laufe der letzten 5 Jahre habe ich über 600 Luetiker aller Stadien mit Bismogenol behandelt. Etwa 400 Fälle entzogen sich ausreichender Behandlung; sie blieben einfach fort, wenn die sichtbaren Erscheinungen beseitigt waren. Über diese Kranken, die neben Salvarsan im ganzen etwa 1500 Bismogenolinjektionen erhielten, kann ich nur sagen, daß sie das Bismogenol gut vertragen haben und Klagen nicht verlautbaren ließen. Für nähere Besprechung und Schlußfolgerungen berücksichtigte ich nur die 180 Patienten, welche mindestens eine volle Kur, in der großen Mehrzahl aber mehrere Kuren durchmachten und 3 Monate bis 5 Jahre in meiner Beobachtung gestanden haben. Diese Fälle betreffen alle Stadien von der seronegativen Primärlues bis zur tertiären und nervösen Lues und Metalues. Mit positiver WR traten 151 Fälle ein. Davon blieben 29 positiv, und zwar nach 2 bis 3 Kuren, vereinzelt nach 4 Kuren. Negativ wurden 122 Fälle und waren nach 3monatiger bis 5jähriger Beobachtung ebenfalls negativ. Allerdings zeigten 32 Kranke in der Zwischenzeit ein serologisches Rezidiv, davon 12 mal mit klinischen Erscheinungen.

Die Mehrzahl der Patienten machte 2 und 3 Kuren durch. 4 Kuren kamen 38mal zur Anwendung; 5 Kuren 10mal. Nur mit Bismogenol behandelt wurden 11 Kranke mit seropositiver Lues I, 6 Kranke mit Lues II recens, 12 mit Lues II recidiva, 10 mit seronegativer Lues latens, 6 mit Lues III, 10 mit Lues nervosa und Tabes; insgesamt 55. Alle anderen 135 Kranken erhielten kombinierte Kuren.

Floride Symptome werden durch Salvarsan und Bismogenol annähernd gleich prompt beseitigt; positive WR wird durch Salvarsan rascher, durch Bismogenol langsamer, aber mit besserer Dauer negativ. Rascher Dauererfolg resultiert gewöhnlich bei kombinierten Kuren.

Der große Vorzug des Bismogenol vor manchen anderen Wismutpräparaten und namentlich vor dem Quecksilber besteht in der Schmerzlosigkeit der Injektionen, dem Nichtauftreten von Infiltraten und dem seltenen Vorkommen meist unbedeutender Nebenerscheinungen; gelegentlich Stomatitis, vereinzelt Nierenreizungen.

Von endgültiger Heilung der Syphilis wage ich auf Grund meiner Beobachtungen nicht zu sprechen — Reinfektionen habe ich nicht gesehen —, wohl aber von guten Dauererfolgen bei den Patienten, die sich ausreichender Behandlung unterzogen. Die Zahl der klinischen Rezidive darf als klein, die der serologischen Rückfälle als nicht groß bezeichnet werden. Energisch behandelte Patienten blieben größeren Teils dauernd frei von sichtbaren Symptomen. Günstig waren die Resultate der Bismogenolbehandlung bei Lues cerebri. Drei syphilitische Schwangere brachten nach je zwei Bismogenolkuren anscheinend gesunde Kinder zur Welt.

Zusammenfassend urteile ich, daß Bismogenol (Tosse) unter den Wismutpräparaten an erster Stelle steht und eine bedeutsame Bereicherung des Arzneischatzes darstellt. Die Heilwirkung des Bismogenol tritt zuverlässig und prompt ein und ist von guter Dauer. Seine Verträglichkeit ist nahezu stets erfreulich günstig.

Digitized by Google

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg
(Direktor: Obermed.-Rat Prof. NOCHT)

Schafft man durch Malariabehandlung der Frühsyphilis dem Patienten Nutzen im Hinblick auf eine mögliche spätere postsyphilitische Erkrankung?

Von

Prof. E. MARTINI

Als feststehend kann man wohl den Satz ansehen, daß einige hochfieberhafte Erkrankungen, nämlich wenigstens Malaria und Rekurrens, beginnende oder vorhandene Paralyse in so günstiger Weise beeinflussen, daß sie heute unser bestes Hilfsmittel gegen diese Erkrankungen sind. Die Tatsache, daß die Kranken im Durchschnitt um so besser durch die therapeutischen Seuchen beeinflußt werden, je frischer die Fälle sind, leitet das Denken natürlich auf die vorbeugende Anwendung, vorrückend bis zur frischen Syphilisinfektion. Heute schon von irgend welchen bündigen Ergebnissen dieser Behandlung zu sprechen, ist wohl verfrüht.

Die Tatsache, daß meist energische andere antiluische Verfahren mit der Malaria verbunden werden, macht schon fraglich, ob besonders gute Erfolge hinsichtlich der Sanierung des Liquors wirklich auf die Malaria kommen. Die oft so späte Entwicklung der Nachkrankheiten läßt es heute nicht spruchreif erscheinen, ob wirklich die Sanierung des Liquors, was ja theoretisch nicht unwahrscheinlich ist, eine bessere Prognose rücksichtlich der Nachkrankheiten gibt. Da sind nun die Beobachtungen aus anderen Ländern sehr wesentlich. Vergleich ist ja die Quelle aller wissenschaftlichen Erkenntnis, und wir dürfen nie vergessen, daß die Pathologie (im weitesten Sinne) eines Gebietes hoher Kultur zwischen dem 40. und 60. Grad nördlicher Breite in maritimem Klima nur einen Ausschnitt der Krankheiten und der Beobachtungen an Krankheiten gibt, welche die Erde hat. Daher ist mit Recht schon wiederholt darauf hingewiesen, daß Syphilis und Malaria in vielen Gegenden gemeinsam an der Volkskraft erheblich zehren, also nicht wohl Antagonisten sein können. Auch in den schwerst malarischen Ländern kommen syphilitische Nachkrankheiten, auch Paralyse, vor. Daß sie dort angeblich seltener sind, kann in einer ungenauen ärztlichen Durchforschung der betreffenden Völker oder in einer Minderheit von Kulturschädigungen des Gehirns, vielleicht auch noch in anderen Dingen seine Ursache haben.

Daß sie vorkommen, zeigen uns die Nachrichten über Versuche mit Malariabehandlung solcher Fälle in Malarialändern am besten. Da ergibt sich nun die merkwürdige Tatsache, daß die Zahl der für die Malaria refraktären Fälle in diesen Ländern wesentlich größer ist als bei uns. Warum? Wir wissen, daß ein Mensch, solange er Tertianaparasiten im Leibe hat, gegen Tertiananeuinfektion immun ist, ganz analog wie bei der

Digitized by Google

Syphilis, ferner daß der, der dauernd, wenn auch wiederholt, ausgeheilt, wiederinfiziert wurde, eine erhebliche Resistenz gegen die Krankheit entwickelt. Der Schluß ist also, daß in solchen Ländern auch unter Paralytikern viele sind, die entweder noch das Tertianavirus im Körper haben, oder es wenigstens vor kurzem noch hatten. Das ist wohl der beste Beweis dafür, daß das Malariavirus als solches nicht einmal gegenüber der Paralyse eine antagonistische Wirkung hat, sondern daß nur der Heilungsvorgang gegen letztere günstig beeinflußt wird durch die hochfieberhaften Stadien verschiedener Erkrankungen, von denen die Malaria tertiana therapeutisch allerdings die handlichste ist.

Ist es nun ein altes Elend, daß wir nicht sagen können, wann eine Syphilis ausgeheilt ist, so gilt dasselbe von der Malaria. Gewiß geben frische Malarien, und dazu gehören ja die Impffälle, unter Chininbehandlung gute Heilungsaussichten; aber wir wissen, daß selbst bei frischen Fällen das Ziel der Behandlung und der sorgfältigen Nachbehandlung, die Befreiung des Körpers von den Malariaplasmodien, hin und wieder verfehlt wird. Entsprechende Vorkommnisse muß man also auch bei der therapeutischen Malaria erwarten, und sie sind auch beobachtet. Das gibt zu einer Überlegung Anlaß, bei Verwendung der Malaria gegenüber jeder frischen Syphilis. Gelingt es nicht, die Malaria wieder völlig aus dem Körper zu entfernen, und tritt die Nachkrankheit später doch auf, dann wird die Tertianabehandlung versagen und der Arzt wird zu der sehr viel gefährlicheren Tropika oder zur Rekurrens greifen müssen. Die Verwendung dieses Heilmittels vorschnell bei der frischen Syphilis, wo wir gar nicht wissen, ob der betreffende Kranke ohne die Anwendung der Malaria überhaupt eine Nachkrankheit entwickeln würde, kann also dazu führen, daß, wenn später doch diese Nachkrankheit auftritt, und die Erfahrungen der warmen Länder lassen das als durchaus möglich erscheinen, das beste Behandlungsverfahren gewissermaßen verbraucht ist und der Arzt zu einem gefährlicheren greifen muß. Auch das will bedacht sein.

Aus der Dermatolog. Klinik des Allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. H. Ritter)

Erfahrungen an 477 Subokzipitalpunktionen

Von

Dr. A. Ritzefeld, früher Assistent an der Klinik, jetzt Fürsorgearzt an der Geschlechtskrankenfürsorge der hamburgischen Gesundheitsbehörde

In einem zusammenfassenden Übersichtsreferat über die Subokzipital- oder Zisternenpunktion hat vor kurzem Memmesheimer unter Berücksichtigung sämtlicher in Betracht kommenden Gesichtspunkte auf die Vorteile dieser Punktionsmethode gegenüber der bislang üblichen Lumbalpunktion hingewiesen. Als Assistent der Klinik hatte ich Gelegenheit, in weitestem Maße von der Okzipitalpunktion Gebrauch zu machen, und möchte im folgenden über unsere Erfahrungen unter gleichzeitiger Mitverwendung des von Herrn Dr. Buchbinder in der Poliklinik punktierten Materials berichten.

Digitized by Google

In der Zeit vom 1. IV. 1927 bis 1. IV. 1928 wurden punktiert insgesamt 477 Fälle, und zwar 319 Männer, 154 Frauen und 4 Kinder von 12—14 Jahren.

Was die Technik der Punktion angeht, so möchte ich darauf hinweisen, daß wir, entgegen der Ansicht MEMMESHEIMERS, der gute Assistenz bei Ausführung der Punktion verlangt, prinzipiell ohne jede Assistenz punktiert haben. Der Patient wird rittlings auf einen Stuhl gesetzt, die Arme auf der Stuhllehne gekreuzt, die Stirn auf die Arme aufgelegt. Nunmehr wird mit der linken Hand das Kinn gefaßt und der Kopf des Patienten leicht im Atlanto-Okzipitalgelenk bewegt, wobei gleichzeitig mit der rechten Hand der Epistropheus abgetastet wird; diese Stelle wird mit Fettstift markiert und mit Jodtinktur überstrichen. Jetzt wird das Kinn des Patienten fest zur Streckung der Halswirbelsäule an die Brust gedrückt und mit der linken Hand in dieser Stellung fixiert. Mit der rechten Hand wird an der markierten Stelle mit der Nadel eingegangen und nach dem Vorgang von WEGEFORTH, AYER, ESSICK und MEMMESHEIMER „direkt" punktiert. Wie auch MEMMESHEIMER nachdrücklichst betont, ist für diese Methode die Aneignung des „Nadelgefühls" maßgebend, d. h. man muß absolut sicher im Gefühl haben, wenn man die Membrana atlanto-occipitalis durchsticht. Nunmehr haben wir dem Patienten gesagt, daß der Eingriff als solcher erledigt sei, um ihn zu beruhigen und ihn nochmals ermahnt, den Kopf nicht zu bewegen. Dann wird das Kinn losgelassen, mit der nunmehr freien linken Handel die Nadel fixiert, mit der rechten der Mandrin herausgezogen und die Spritze aufgesetzt. Ich möchte nochmals ausdrücklich betonen, daß auch die Kinder ohne Assistenz punktiert wurden.

Bei unseren 477 Fällen haben wir während der Punktion niemals auch nur den geringsten Zwischenfall erlebt, sei es Verschlechterung des Pulses, Aussetzen der Atmung, Zyanose usw. Dabei befanden sich unter meinem Material neben den üblichen Neurasthenikern z. B. 2 Patienten mit Epilepsie, mehrere Patienten mit Verkrümmung der Halswirbelsäule, Athleten mit außerordentlich starker Nackenmuskulatur und hochgradig Adipöse. Auch ein Fall von pathologisch-anatomisch bestätigtem Hirntumor wurde ohne Komplikationen punktiert. Weiterhin punktierten wir mehrere Fälle von eitriger Meningitis, bei denen die Lumbalpunktion zum Teil versagt hatte, ohne Nebenerscheinungen oder Zwischenfälle zu erleben, und können deshalb die CURSCHMANNsche Auffassung, die subakute eitrige Meningitis sei eine Kontraindikation für die Okzipitalpunktion, nicht teilen. Auch nach der Punktion beobachteten wir keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, wir legten sogar Wert darauf, daß die punktierten Patienten mindestens 8—10 Stunden nach dem Eingriff sich nicht hinlegten.

Anfänglich haben wir, von dem Standpunkt ausgehend, daß die Punktion doch nicht ein ganz gleichgültiger Eingriff wäre, lediglich diejenigen Fälle punktiert, bei denen eine unbedingte Indikation dazu bestand (Spätlatenz, Verdacht auf Neurolues usw.). Nachdem wir uns aber nun von der gänzlichen Harmlosigkeit der Punktion bei guter Technik überzeugt hatten, sind wir dazu übergegangen, und zwar bereits

Digitized by Google

nach ganz kurzer Zeit, jeden Fall von Lues zu punktieren, also auch Fälle in der Frühlatenz und selbst seronegative Primäraffekte. Über die sehr interessanten Ergebnisse wird seinerzeit a. a. O. ausführlich berichtet werden; vorwegnehmen möchte ich nur, daß unter der Gesamtzahl der Punktierten sich 70 liquorpositive Fälle befanden (vgl. Arbeit RITTER-VÖLKER, Derm. W., Bd. 85, S. 1488), also rund 15%.

Während der Zeit, wo wir noch lumbalpunktierten, erlebten wir es sehr oft, daß die Patienten sich weigerten, eine solche Punktion an sich vornehmen zu lassen, und daß tatsächlich nur ein relativ geringer Prozentsatz zur Punktion kam. Anders verhielt es sich mit der Subokzipitalpunktion: Von 287 Luesaufnahmen in der Zeit vom 1. IV. 1927 bis 1. IV. 1928 auf unserer Männerstation ließen sich 273 Patienten punktieren, gleich 95,1%; für die Frauenseite betragen die gleichen Zahlen 159 Aufnahmen, davon 121 Punktionen, gleich 76,1%. Die Schnelligkeit des Eingriffes, das gute Befinden nachher und das Befragen der Punktierten veranlaßte selbst Neurastheniker und Patienten, die vorher schon einmal lumbalpunktiert waren, den Eingriff an sich vornehmen zu lassen.

Wir sind dann noch weitergegangen und haben die Punktion auch ambulant durchgeführt. ESSKUCHEN lehnt ja bekanntlich die ambulante Vornahme der Punktion ab, während die Mehrzahl der übrigen Autoren (HOFFMANN, STAHL, MEMMESHEIMER u. a.) betonen, daß gerade in der Möglichkeit der ambulanten Durchführbarkeit der Wert der Okzipitalpunktion liegt. Wir haben 83 Fälle ambulant punktiert und auch hier niemals Zwischenfälle oder üble Folgen erlebt, trotzdem der größere Teil dieses Materials sich nach der Punktion sicherlich nicht schonen konnte oder geschont hat (Seeleute!).

Nach unseren Erfahrungen genügt zur Anstellung aller gangbarer Liquorreaktionen die Entnahme einer Menge von 5—7 ccm (Nonne, Pandy, Zellzählung, WR, Normomastix, Takata-Ara). Was Blutbeimengungen angeht, die NONNE in nicht ganz 3%, JANOSSY in 3,5% und MEMMESHEIMER in 2% ihrer Punktionen sahen, so beobachteten wir sie in 5 Fällen gleich 1%, mithin ein sehr günstiges Ergebnis. In einem Falle einer Nachpunktion 7 Tage nach der ersten Punktion konnte ein merkwürdiger, bislang anscheinend noch nicht beobachteter Befund erhoben werden: Bei der ersten Punktion konnten nur 1,5 ccm ganz klaren Liquors erhalten werden; da Nonne-Pandy stark positiv und die Zellzahl stark vermehrt war (81/3 Zellen), war eine zweite Punktion zur Anstellung der übrigen Reaktionen indiziert; diese wurde nach 7 Tagen gemacht und ergab absolut lackfarbigen Liquor! Zu erwähnen ist, daß der Patient in der Zwischenzeit nie auch nur über die geringsten Beschwerden geklagt hatte.

Zusammenfassend möchte ich sagen, daß wir den Wert der Okzipitalpunktion in der Hauptsache darin sehen, daß sie keinerlei Nebenerscheinungen nach sich zieht, ambulant durchgeführt werden kann und somit einen ungefährlichen Eingriff darstellt. Die Tatsache, daß unter unserem Material sich im Durchschnitt 85% aller Fälle ohne großes Zureden punktieren ließen, beweist uns, daß auch vom Patienten selbst der Eingriff als nicht schwerwiegend und gefährlich angesehen wurde, wie auch durch nachträgliches Befragen immer wieder bestätigt werden

Digitized by Google

konnte. Gerade diese letztgenannte Tatsache erscheint uns aus rein praktischen Gründen überaus wichtig: Es gelingt bei einem unverhältnismäßig hohen Prozentsatz von Patienten die Liquorverhältnisse zu klären und damit frühzeitig die Sanierung in die Wege zu leiten, eine Forderung, die ja durch die Arbeit von RITTER-VÖLKER nachdrücklichst unterstrichen wurde. Voraussetzung zur Vermeidung von Nebenerscheinungen und Erzielung einwandfreier Resultate ist aber immer — und darauf soll nochmals nachdrücklichst hingewiesen werden — eine gute Technik in der Hand des Geübten.

Literatur

MEMMESHEIMER, Zbl. f. Hautkrkh., 1928, Bd. 25, H. 11/12, S. 633.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin
(Dirig. Arzt: Prof. Dr. LÖHE)

Klinische Erfahrungen mit Transargan

Von

D. NITSCHKE, Assistent

Unter den zahlreichen Silberpräparaten, die auch in jüngster Zeit in den Handel gebracht sind, schien uns das Transargan, ein von ZELTNER gewonnenes Präparat, auf Grund der physiologischen und klinischen Untersuchungsergebnisse der Nachprüfung an einem größeren Krankenmaterial wert.

Das Transargan ist eine einheitliche chemische Verbindung mit einem Silbergehalt von etwa 32%; bei der Herstellung war der Gedanke leitend, eine kristallinische Verbindung zu finden, die vor dem zwar stark bakterizid, aber Eiweiß koagulierenden Arg. nitr. und den Silberproteinen, welche als „Kolloide" nur Pseudolösungen ergeben, den Vorzug hat als „echte Lösung" in das Gewebe zu diffundieren und weder Eiweiß zu koagulieren noch mit Kochsalz chemische Verbindungen einzugehen. Durch seine chemische Synthese entspricht nach ZELTNERs Untersuchungen das Präparat diesen Anforderungen. — Als besonderer Vorteil kommt neben seiner Ungiftigkeit noch die schnelle und leichte Lösbarkeit des Präparates in gewöhnlichem Leitungswasser hinzu, wobei eine farblose Flüssigkeit entsteht, die — als nicht zu unterschätzender Faktor in der Gonorrhoetherapie — weder Hände noch Wäsche schwärzt.

In tierexperimentellen Untersuchungen konnte nach dem Verfahren von HINTZELMANN die Überlegenheit des Transargan im Vergleich mit Arg. nitr. und Arg. protein. bezüglich der Tiefenwirkung erwiesen werden. Über die Wirksamkeit des Präparates ist von verschiedenen Verfassern berichtet worden.

So hat THOMA das Transargan an über 60 Fällen teils akuter, teils chronischer Gonorrhoe erprobt und dabei folgende Resultate erzielt:

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug bei akuter Gonorrhoe bis Gonokokkenfreiheit 11 Tage, bis Heilung 20,5 Tage; bei chronischer

Digitized by Google

Gonorrhoe bis Gonokokkenfreiheit 32 Tage, bis Heilung 34 Tage. Verwendet wurden 1/4—1½%ige Lösungen zur Behandlung der Pars anterior, 1—2%ige zu Blasenspülungen. Fälle mit Komplikationen wurden bei der Beurteilung der Resultate außer acht gelassen.

OSKAR MÜLLER behandelte seine Patienten mit Protargol vor, um erst dann zum Transargan überzugehen, das er in Konzentrationen von 1/4—3% für die Pars anterior, von 1—3% für die Pars posterior nahm. Gonokokkenfreiheit wurde endgültig meist nach 10—14 Tagen, seltener erst nach mehreren Wochen erzielt.

LEWINSKI wählte möglichst unkomplizierte Fälle aus. Er empfahl zur Behandlung der Gonorrhoea anterior Spülungen mit 0,5—2,0 : 1000, bei der weiblichen Gonorrhoe (Bericht über 15 Kinder und 10 Frauen) eine Konzentration von 1 : 1000, daneben 2% Transargan-Tragantschleim, den er besonders geeignet fand.

Ebenso günstige Resultate hatte SCHMEIDLER, der in vierwöchiger Behandlung bei 34 von 40 Frauen Gonokokkenfreiheit mit 0,35%igen Lösungen für Urethra und Vagina erzielte.

Unsere Resultate:

Wir haben das Präparat über 1½ Jahr an 206 Männern, die von Beginn des Eintritts in die Behandlung ausschließlich mit Transargan behandelt wurden, geprüft. — 82 Fälle scheiden aus, weil sie — nur einmal gonokokkenfrei — oder aus anderen Gründen, das Krankenhaus verließen.

Zu Spülungen wurden Lösungen von 1 : 4000—1 : 1000, zu Injektionen bis 1 : 500 verwendet. Mit dem Nachlassen bzw. Aufhören der Sekretion und dem Verschwinden der Gonokokken in den Abstrichen, ging die Klärung des Urins einher. Waren 3—4mal in Abständen von mehreren Tagen Gonokokken nicht gefunden worden, so wurden die üblichen Provokationsmethoden (Vakzineinjektionen, Dehnung und Massage der Harnröhre, Diathermie, Prostatamassage, Instillationen von Arg. nitr., Sol. Lugol) angewandt. Nach 8—14tägiger Pause schlossen sich, eventuell auch nach Entlassung des Patienten, nochmalige Provokationen an.

Der besseren Übersicht wegen wurde eine Trennung der Fälle in der folgenden Weise vorgenommen:

1. Bei 13 Fällen von chronischer Gonorrhoe wurde Gonokokkenfreiheit nach durchschnittlich 17 Tagen erzielt. Neun dieser Fälle wurden nach 6—15maligem negativem Gonokokkenbefund und Anwendung sämtlicher Provokationen entlassen. Behandlungsdauer durchschnittlich 44 Tage.

2. Bei 9 Fällen von Arthritis gonorrhoica (Beginn der Lokalbehandlung nach durchschnittlich 23 Tagen) kamen 6 nach 6—12maligem negativem Befund zur Entlassung; Verschwinden der Gonokokken nach durchschnittlich 29 Tagen.

3. Gonorrhoea acuta mit Epididymitis. Die größte Zahl der Tripperkranken, welche das Krankenhaus aufsucht, leidet an Epididymitis. Zur Behandlung gelangten 43 Fälle, bei welchen im Durchschnitt nach 22 Tagen die Lokalbehandlung mit Transargan eingeleitet wurde. Durchschnittlich nach 14 Tagen waren die Patienten gonokokkenfrei; 30 wur-

Digitized by Google

den nach 5—11maligem negativem Befund entlassen, in 3 Fällen konnte bis zur Entlassung Gonokokkenfreiheit nicht erzielt werden.

4. Bei 25 Fällen mit akuter Prostatitis, bei welchen durchschnittlich nach 11 Tagen mit der Lokalbehandlung begonnen werden konnte, war ein Verschwinden der Gonokokken im Durchschnitt nach 19 Tagen zu erlangen. 8 Fälle konnten nach 5—10maligem negativem Befund im Durchschnitt nach 42 Tagen entlassen werden. In 4 Fällen war ein negativer Befund bei der Entlassung noch nicht erzielt. 2 Fälle, die bereits beim Einsetzen der Lokalbehandlung mit Transargan negativ waren, blieben auch weiterhin negativ.

5. In 20 Fällen von Gonorrhoea acuta anterior et posterior (mit Littréitis) wurde der 2. Urin zwischen 3. und 14. Tag, der 1. Urin zwischen 3. und 21. klar. Die Gonokokken verschwanden meist nach 14 Tagen. Entlassung nach 5—10maligem negativem Befund, durchschnittlich nach 36 Tagen. 4 Fälle verhielten sich dem Präparat gegenüber refraktär.

6. Bei der Gonorrhoea acuta anterior entfaltete das Präparat am besten seine volle Wirksamkeit. Bei den 24 behandelten Fällen trat zwischen dem 2. und 10. Tag (durchschnittlich nach 5 Tagen) die Urinklärung ein. Gleichzeitig verschwanden die Gonokokken zwischen dem 4. und 20. Tage, durchschnittlich nach 9 Tagen; die Behandlungsdauer betrug im Mittel 32 Tage. Das Transargan wurde in diesen Fällen zu Janetschen Spülungen in Konzentration von 1 : 4000—1 : 2000, zu Injektionen (3mal täglich 8 Minuten) 1 : 1000—1 : 500 gegeben. Die Stärke der Lösungen, welche auch vom 1. Tage an von den Patienten ohne jede Beschwerden vertragen wurden, war zur Erzielung des Erfolges ausreichend.

Überblicken wir die immerhin stattliche Zahl unserer Fälle, so können wir feststellen, daß das Transargan bei den komplizierten Fällen von Gonorrhoe keine besseren Resultate gibt, als die auch sonst üblichen Silberpräparate, wenn es auch infolge seiner Reizlosigkeit einen früheren Beginn der Lokaltherapie gestattet. In unkomplizierten Fällen von Gonorrhoea anteria leistet es aber ohne Zweifel Gutes, indem schneller als mit anderen Präparaten endgültig Gonokokkenfreiheit erzielt werden kann. Ein besonderer Vorzug ist die in keinem Fall beobachtete Reizung der Schleimhäute auch bei langem Gebrauch, die leichte Löslichkeit in Leitungswasser und die Sauberkeit bei der Anwendung.

Literatur

Rosenthal, Fr. und Zeltner, J., Über Transargan, ein neues wirksames Antigonorrhoikum. Derm. W., 1926, Nr. 12. — Thoma, Klinische Erfahrungen mit dem neuen Antigonorrhoikum Transargan. D. m. W., 1926, Nr. 37. — Lewinsky, H., Das Silberkristalloid Transargan. Kl. W., 1927, Nr. 47. — Schmeidler, H., Die Gonorrhoe des Weibes. Fortschr. d. Med., 1927, Nr. 17. — Müller, Oskar, Erfahrungen mit Transargan. Zbl. f. inn. M., 1927, Nr. 32. — Freudenthal, Herbert, Über das Antigonorrhoikum Transargan. W. m. W., 1928, Nr. 11.

Digitized by Google

Versammlungen

Bulgarische Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 11. Dezember 1926

Vorsitzender: Beron Schriftführer: Toschkoff

Beron: **Acanthosis nigricans.** 34jähr. Mann. Seit dem 2. Lebensjahr bestehende Erkrankung; die ganze Haut dunkel, besonders am Halse, in den Achselhöhlen, rings um den Nabel, hinten am Rücken, über diesen pigmentierten Teilen warzenartige Auswüchse; ähnliche Erscheinungen an der Mundschleimhaut. Innere Organe gesund.

Popoff: **Leucoderma acquisitum centrifugum (Sutton).** Syphilis, seit 5 bis 6 Jahren langsam sich bildende pigmentreiche, tuberöse, linsen- bis erbsengroße Naevi, welche sich im Zentrum depigmentierter, runder und elliptischer vitiliginöser Felder befinden, an der Peripherie keine Veränderungen, wie wenn das Pigment von der depigmentierten Areola sich in den Naevus geschoben hätte. Schleimhäute etwas depigmentiert.

Alexandroff: **Luetische Meningitis basilaris.** 26jähr. Mann, vor 6 Monaten Ulcus durum mit Exanthem und Plaques im Munde, damals sieben Neosalvarsan- und Quecksilberinjektionen. Nach 4 Monaten Kopfschmerzen, Fieber, Diplopie und Verminderung der Sehschärfe. Später Kernig, Nackenstarre, Opisthotonus. Liquor trüb, fließt unter hohem Druck, positive Globulinreaktionen, enthält mehr als 1000 Zellen im Kubikmillimeter, darunter 200 polynukleäre. WR stark positiv, auch im Blut. Wesentliche Besserung kommt nach den ersten Salvarsaninjektionen, am Ende der Kur völlige Heilung, nur eine schwache Diplopie ist geblieben. Die Lymphozytose war sehr bald bis auf 150 zellige Elemente heruntergegangen, alle anderen Reaktionen schwächer.

Antonoff: **Extragenitaler Primäraffekt.** 19jähr. verheiratete Frau mit atypischem Ulcus durum der rechten Wange, beim ersten Blick von banalem Aussehen, mit impetiginösen Borken bedeckt; submaxilläre Adenopathie, Genital- und Rachenpapeln. In letzter Zeit wurden noch 5 weitere Fälle beobachtet: eine Hebamme mit Infektion an der rechten Hand, ein 14jähr. Knabe mit Tonsillarsklerose und zwei Fälle mit Primäraffekt an der Oberlippe.

Koschucharoff: **Urethritis gonorrhoica mit paraurethralen Gängen.**

Sitzung vom 24. Dezember 1926

Alexandroff: **Prurigo Hebrae** bei einem 42jähr. Manne. Anamnese o. B. Die Krankheit datiert seit Kindheit, zur Zeit typische Erscheinungen, mit Exazerbationen während des Winters.

Popoff macht auf die bei Prurigo vorhandene Eosinophilie aufmerksam, welche vielleicht mit einer Dysfunktion des hämatopoetischen Systems im Zusammenhang steht.

Popoff demonstriert **syphilitisch infizierte Kaninchen;** die Inokulation war skrotal gemacht worden.

Sitzung vom 27. Oktober 1927

Beron: **Lues papulosa circinata.** 45jähr. Frau, seit 15 Jahren verheiratet; beim Mann die WR —. Drei Aborte im 4. und 5. Monat, nicht nacheinander, sondern zwischen anderen Geburten. Zwei Kinder gleich nach der Geburt, eins mit 8 Jahren an Meningitis gestorben. Vor 6 Monaten Flecken an den oberen Extremitäten, die sich zum Teil in die bestehenden zirzinären Papeln verwandelt haben, letztere bilden an manchen Stellen Kreise oder Kreissegmente und nierenförmige Felder. Am rechten Mundwinkel eine Papel. WR stark positiv.

Popoff: **Sarcoma lymphoblasticum.** Vor 4 Monaten an der linken Schulter hellrosarote Erhabenheit, die in 2 Wochen die Größe eines Eies erreichte und sich dunkelblau verfärbte. Nach einigen Tagen bildeten sich schmerzlose, livide Tumoren an der hinteren Pharynxwand, in den Regiones arytaenoideae, an Gaumen, Uvula, Epiglottis, ferner in der Nase und am Zahnfleisch, daher erschwertes Atmen und leicht blutiger Auswurf. Im Fornix conjunctivae hat sich ein livider, flach vorgewölbter Tumor gezeigt. Über den ganzen Körper verstreut Knoten von elastischer Konsistenz und etwas Beweglichkeit. Drüsen hinter dem Ohr, am Rande des Pectoralis major und in inguine etwas vergrößert. Blutbild: Leukopenie (2800) mit relativer Lymphozytose (36%).

Digitized by Google

Bioptisch lymphadenoides Gewebe mit vielen Zellen und jungen zelligen Formen (Lymphoblasten). Gegen Leukämie spricht das Blutbild, das Fehlen von Vergrößerung der Leber, Milz und Lymphdrüsen. Vielleicht waren die Tonsillae pharyngeae der Ausgangspunkt für Generalisierung des lymphoblastischen Sarkoms. Alle Tumoren haben auf Röntgenbestrahlung gut reagiert.

Popoff referiert über gute Resultate bei **Behandlung der gonorrhoischen Arthritiden mit intravenösen Injektionen humanisierten Immunserums.** (Wird ausführlich publiziert.)

Waltscheff: **Ekzembehandlung mit intravenöser Injektion von Kochsalz.** Es wurde täglich eine 10%ige Lösung injiziert und diese Methode bei 25 Fällen angewendet; darunter waren 10 mit akutem, nässendem Ekzem, 3 mit Dermatitis artificialis, 3 mit subakutem, 5 mit chronischem und 4 mit dyshidrotischem Ekzem der Hände. Die Resultate sind besonders bei den akuten nässenden Ekzemen und bei Dermatitis artificialis sehr gute gewesen. Meist hatte gleich nach der ersten Injektion das Jucken abgenommen, ebenso das Nässen, auch die Papeln wurden kleiner und sind an den folgenden Tagen eingetrocknet gewesen. Bei den subakuten Formen war die Wirkung schwächer und die Heilung erfolgte erst nach Behandlung mit Salben. Bei den chronischen Formen wurde das Jucken gleichfalls beeinflußt, doch traten später Rezidive auf. Immerhin war in Fällen, bei welchen die äußere Behandlung zunächst unwirksam war oder nicht vertragen wurde, zu bemerken, daß nach den Injektionen andere Medikamente wiederum vertragen wurden, was entschieden ein kostbarer Faktor in dieser Therapie zu sein scheint. Ob dieser günstige Effekt auf der hypertonischen Lösung beruht oder auf Ionenwirkung, müssen weitere Untersuchungen zeigen.

Sitzung vom 15. November 1927

Beron: **Neurodermitis mit Vitiligo.** 33jähr. Pat., seit 5 Jahren heftiges Jucken an der linken Seite des Skrotums, ebenso am Oberschenkel, zunächst ohne Hauterscheinungen, mit der Zeit wurde die Haut dunkler und gröber, dann zeigte sich am Skrotum ein weißer Fleck, welcher sich auf den Oberschenkel verbreitete. Jetzt ist die Skrotalhaut lichenifiziert und es befindet sich linkerseits ein fünfmarkstückgroßer weißer Fleck ohne Reliefveränderung, auch die oberen Teile des Oberschenkels sind depigmentiert, an den dunklen Stellen hirsekorngroße, dichtgedrängte derbe Knötchen. Ebensolche, weit auseinandergesprengte Papeln auch am unteren Drittel des Oberschenkels. An etlichen anderen Stellen des Körpers bis handtellergroße, depigmentierte Herde. Die Haare daselbst gleichfalls depigmentiert. Es liegt also ein Fall von Lichen chronicus Vidal vor, welcher nicht nur Depigmentationen an schon geheilten und noch kranken Stellen von Neurodermitis zeigt, sondern auch eine am übrigen Körper lokalisierte Vitiligo. Ähnliches haben auch Brocq u. a. beobachtet.

Popoff: **Naevus tuberocavernosus zosteriformis** bei einer 15jähr. Pat., am ulnaren Teil des rechten Ober- und Unterarmes und an drei Fingern, außerdem vielfache Venektasien an der Schulter- und Pektoralgegend. Pat. scheint nicht psychisch krank zu sein, ist aber von niedriger intellektueller Entwicklung. Ferner bestehen Störungen des endokrinen und sympathischen Nervensystems, wie Adipositas mammae, schwache Entwicklung der Brustdrüsen und der genitalen Behaarung, urtikarieller Dermographismus, Tachykardie, ungleiche Pupillen; bisher keine Menses. Ein gutes kosmetisches Resultat wurde durch hochfrequente bipolare Elektrokoagulation erreicht.

Waltscheff: **Epitheliom an der Stirn.**

Toschkoff: **Chemische Verbrennung am Kopfe durch ein unbekanntes Mittel.** 6jähr. Pat., vor einem Monat auf dem behaarten Kopf kleine, rote Knötchen und eitrige Bläschen, welche die Mutter des Kindes mit dem Brei eines Pulvers, welches sie auf dem Markt gekauft, beschmiert hatte. Zwei Tage später wurden die eingesalbten Stellen trockener, am Hinterhaupt aber bildete sich eine eiternde Wunde. Die kranken Stellen am Vorderhaupt haben sich mit einer eitrigen Furche umrandet. Rechts in der parietalen Region sieht man eine größere ulzeröse, unregelmäßig ovaläre Fläche, der Grund derselben ist durch das freiliegende Periost gebildet, der vordere Teil frisch granulierend. Ähnliche kleinere Ulzerationen an der linken temporalen und okzipitalen Region.

Koschucharoff: **Herpes zoster haemorrhagicus.**

Goranoff: **Lupus vulgaris vorax.** Der krankhafte Prozeß hat eine weitgehende Zerstörung der Nase und eines großen Teiles des Oberkiefers verursacht, so daß sich in der Mitte des Gesichts ein großes Loch befindet.

Digitized by Google

Geserowa: **Isolierter Lupus erythematodes an der Unterlippe.** Klinische und histologische Demonstration, dazu die Moulage eines Falles von Lupus erythematodes labii inferioris, bei welchem sich ein Karzinom entwickelt hat.

Schauloff: Zweifelhafter Fall von **Syphilis congenita tarda.** 24jähr. Mann, kommt aus einer Gegend mit endemischer Syphilis. An der linken Tibia stark entwickelte periostale Störungen und gummöse Erscheinungen an der Haut über den veränderten Knochen. Ob es sich um eine Lues congenita oder um in der Kindheit akquirierte Syphilis handelt, läßt sich nicht feststellen. M. Kazarowa-T. Pasardschik.

Referatenteil

Fachzeitschriften

The Urologic and Cutaneous Review

1928, Bd. 32, Nr. 8

Bladder Calculi in Young Children (Blasensteine bei jungen Kindern), von J. Welfield-Chicago, Ill. S. 493. Blasensteine, die gewöhnlich von der Niere herstammen, sind bei jungen Kindern nicht selten und bleiben oft lange Zeit symptomlos. Die von ihnen verursachten Erscheinungen bestehen in Pollakiurie, Enuresis, Jucken in der Glans, unwillkürlichem, schmerzhaftem, unterbrochenem Harnabgang; Hämaturie ist selten, Zystitis häufig. Die Diagnose wird durch rektale Palpation und Röntgenuntersuchung gestellt. Bei Mädchen können die Steine spontan entleert werden, bei Knaben ist das sehr selten. Als Behandlung ist dann die suprapubische Inzision und Zystotomie angezeigt.

The Treatment and Cure of B. Coli Infection of Kidney and Bladder (Die Behandlung und Heilung der Koliinfektion von Niere und Blase), von A. M. Crance-Geneva, New York. S. 495. Die Koliinfektion der Harnwege gilt vielfach als der Behandlung unzugänglich; es kann aber völlige Heilung erzielt werden, wenn die Behandlung an dem eigentlichen Herde der Krankheit angreift. Dieser sitzt im Kolon, in dem infolge chronischer Obstipation Kolibazillen im Übermaß gebildet werden, die dann durch die Lymphwege zur Niere gelangen, wo sie pathogen werden. Die Behandlung besteht in Regelung der Diät, Klistieren von 1% iger Merkurochromlösung, Vakzineeinspritzungen von aus dem Harn des Pat. gezüchteten Kolibazillen, innerlich Tabletten von azidophilen Bazillen, die zur Darmregelung beitragen und die Lebensbedingungen des Kolibazillus verschlechtern. Heilung wird erst angenommen, wenn der Harn frei von Eiter ist und wiederholte Kulturen steril bleiben.

Urethral Stricture and its Complications. With case Report (Harnröhrenstriktur und ihre Komplikationen. Mit Bericht eines Falles), von C. S. Edleman-Louisville, Kentucky. S. 498. In dem berichteten, durch Operation geheilten Falle war es bei einer Striktur zu einer Ruptur der Harnröhre mit Harninfiltration der umgebenden Gewebe gekommen.

Calculous Pyonephrosis in the Colored (Pyonephrose infolge von Steinen bei Farbigen), von A. Mattes-New Orleans, La. S. 503. Trotz Operation tödlich verlaufener Fall. Großer Stein, der lange Zeit keinerlei Beschwerden verursacht hatte.

Parhedonias Concomitant with Epilepsy (Parhedonien als Begleiterscheinungen der Epilepsie), von E. H. Pirkner-New York City, N. Y. S. 504. Die Sexualität der Epileptiker ist ausgezeichnet durch übermäßigen Auto- und Alloerotismus. Ersterer äußert sich als Masturbation, Narzissismus, krankhafte Eitelkeit, periodische Verschlossenheit und mürrische Schweigsamkeit, Tagesphantasien und -träume, religiösen Erotismus. Der Alloerotismus tritt als Exhibitionismus, Homosexualität, polyvalente heterosexuelle Neigungen, krankhafte Neigung zu gewissen erogenen Zonen, Koprophagie, Analerotismus, Panerotismus, selten Masochismus und Sadismus auf. Es zeigen sich bei ihnen zahlreiche Überreste der kindlichen polyvalenten Sexualität.

Neurolues, von C. Rasch-Kopenhagen. S. 508. Der sicherste Schutz gegen spätere Erkrankungen des Nervensystems ist prophylaktische oder abortive Behandlung. Nach einer Behandlung von 3 Monaten soll bei allen Syphilitikern eine Lumbalpunktion ausgeführt werden, weil Veränderungen hier auch bei negativer WR bestehen können und nur

Digitized by Google

frühzeitige Behandlung Aussicht auf Erfolg bietet. Zeigt die Lumbalpunktion am Ende des zweiten Jahres normalen Befund, so ist bei Patienten, die vorher keine Veränderungen aufgewiesen haben, für die Zukunft nichts mehr zu befürchten. Frühzeitige Liquorveränderungen fanden sich bei ungefähr 25%; unter diesen ist bisher bei einer Beobachtung von bis zu 13 Jahren kein Fall von progressiver Paralyse festgestellt worden. Deren Häufigkeit scheint bei rechtzeitiger Salvarsanbehandlung überhaupt abgenommen zu haben. Auch Tabes ist unter den eigenen Fällen von Syphilis nicht vorgekommen. Bei den meist milden Tabesfällen ist vor zu energischer Behandlung zu warnen. Progressive Paralyse erfordert Malariabehandlung; hier geht mit klinischen Besserungen nicht immer eine Sanierung des Liquors Hand in Hand, so daß den Liquorveränderungen vielleicht nicht immer die ihnen zugemessene Bedeutung zukommt. Die Malariabehandlung ist auch bei frühzeitiger, gegen Salvarsanbehandlung refraktärer Meningitis indiziert.

Dermatological Findings After Irradiation with the Alpine Lamp (Dermatologische Befunde nach Bestrahlungen mit Höhensonne), von M. Popper-Wien. S. 510. Die Untersuchungen von Hautstellen, die steigenden Bestrahlungen ausgesetzt worden waren, wurde mit dem Dermatoskop unter Kontrolle durch histologische Untersuchungen vorgenommen. Die Reaktion zeigte drei Stadien: 1. das des Erythems (Dilatation des oberflächlichen und tiefen kapillaren Netzwerkes der Kutis, beginnende perivaskuläre Infiltration, geringe Veränderung der papillaren Kapillaren, kein Pigment in Epidermis und Kutis); 2. das der Pigmentbildung (leichte Dilatation der Kutisgefäße, ausgesprochene perivaskuläre Infiltration, starke Dilatation und Rosettenbildung der Papillarkapillaren, reichliche Pigmentierung der Basalzellen besonders in den Epidermiszapfen, kein Kutispigment); 3. das der vollendeten Pigmentbildung (keine Dilatation der Kutisgefäße, ausgesprochene perivaskuläre Infiltration, Papillarkapillaren teils dilatiert, teils normal, Basalzellenpigment in kernähnlichen Massen, an einzelnen Stellen vermehrt, an anderen vermindert, reichliche Pigmentierung in der Kutis an der Grenze von Kutis und subdermalem Gewebe). Die nichtexponierte Haut reagiert mit Dilatation und Infiltration der Kutisgefäße, die exponierte mit Dilatation der Kapillaren und Pigmentbildung. Schutzreaktionen (perivaskuläre Infiltration) finden sich hauptsächlich in der Kutis. Der Höhepunkt der Gefäßreaktion wird vor der Bildung des Basalzellenpigmentes erreicht; dieses kann nicht als wichtigster Teil eines Schutzmechanismus der Haut betrachtet werden.

X-Ray Treatment of Epithelioma (Röntgenbehandlung der Epitheliome), von H. Fritsch-Bielsko. S. 514. Im wesentlichen referierender Überblick über neuere Erfahrungen mit dem Ergebnis, daß die Röntgenbehandlung des Hautkrebses die chirurgische Behandlung nicht vollständig verdrängen kann und hauptsächlich für Basalzellenkrebse in Betracht kommt. In Fällen, in denen Röntgen versagt, ist oft Radium wirksam.

The Successful Treatment of Rhinophyma (Die erfolgreiche Behandlung des Rhinophyma), von A. Porosz-Budapest. S. 519. Empfehlung operativer Behandlung mit dem Elektrokauter.

Newer Methods of Research in Dermatology (Neuere Untersuchungsmethoden in der Dermatologie), von E. Urbach-Wien. S. 521. Hautkrankheiten sind häufig von Stoffwechselstörungen abhängig, deren Nachweis bisher oft mißlang. Von Bedeutung kann dafür die Untersuchung des Blutchemismus sein: Vermehrung des Blutzuckers bei Ekzem, Akne, Furunkulose, Xanthelasma, Urtikaria, chronischen Unterschenkelgeschwüren, gewissen fungösen Zuständen, dabei schnelle Besserung durch kohlehydratarme Nahrung und Insulin. Vermehrte Harnsäure im Blut ist von Bedeutung bei Ekzem und gewissen Pruritusformen; Behandlung mit Atophan. Der Kalzium- und Kaliumgehalt des Blutes wird stets normal befunden; Veränderungen des Cholesterins sind, abgesehen vom Xanthelasma, ohne Bedeutung, hingegen ist die Bestimmung des Chlornatriums im Blut wichtig für die Differentialdiagnose zwischen Pemphigus und klinisch ähnlichen Krankheiten; bei ihm und der Duhringschen Krankheit, die Salzübermaß zeigten, wurde vermehrter Chlornatriumgehalt nachgewiesen, während der Salzüberschuß bei Erythema multiforme bullosum und toxischen bullösen Exanthemen völlig ausgeschieden wurde. Die Untersuchung des Blutchemismus muß jedoch mit Untersuchungen an der Haut selbst verbunden werden, da z. B. der Kalziumgehalt der Haut und des Blutes nicht übereinstimmen und der günstige Einfluß der Kalziumbehandlung des Ekzems bei reiner Blutuntersuchung nicht zu erklären wäre. Auch die Kolloidchemie muß hier in den Kreis der Untersuchungen gezogen werden; so können vielleicht die hohen Wasserwerte bei

Digitized by Google

Dermatosen mit trockener Haut (Ichthyosis, Sklerodermie, Acrodermatitis atrophicans) und der Altershaut auf kolloidale Störungen in den osmotischen Verhältnissen des Hautgewebes bezogen werden. In Betracht kommt ferner die Untersuchung des Grundumsatzes, der bei einer Reihe von Dermatosen Veränderungen aufwies.

Milk Protein Injections for Acute Epididymitis: Case Report (Milch-Proteineinspritzungen bei akuter Epididymitis), von A. M. Barnett-Louisville, Kentucky. S. 502. In 14 Fällen, von denen einer näher beschrieben wird, waren die Einspritzungen von bestem Erfolg begleitet.

The Experimental Foundation for the Doctrine of Neurotropic and Somatotropic Species of Spirochaete (Die experimentelle Grundlage für die Lehre von einer neurotropen und einer dermatotropen Form der Spirochäte), von I. Kritschevsky-Moskau. S. 523. Der besondere Neurotropismus gewisser Spirochätenstämme wurde durch Untersuchungen an drei Stämmen (Stamm Brazzaville der Spir. Duttoni vom Inst. Pasteur. Paris, Stamm Berlin, Reichsgesundheitsamt der Spir. Duttoni, Stamm Berlin, Reichsgesundheitsamt der Spir. Obermeieri) festgestellt. Mäuse wurden intraperitoneal mit Blut, das reichlich Spirochäten enthielt, geimpft und nach einer gewissen Zeit getötet, dann in das Peritoneum anderer Mäuse teils das gesamte Blut („Blut"-Mäuse), teils das gesamte Hirn („Hirn"-Mäuse) eingebracht und diese Mäuse dann darauf untersucht, wieweit sie steril geblieben waren. Es ergab sich, daß bei Spir. Duttoni Brazzaville das Zentralnervensystem nicht steril war bei 78%, bei Spir. Duttoni Berlin in 38%, bei Spir. Obermeieri in 18%; das Blut war nicht steril geblieben bei den entsprechenden Stämmen in 2,6%, 3,1%, 4,4%. Unter 99 Mäusen waren nur 4 mit nichtsterilem Blut bei gleichfalls nichtsterilem Hirn und 3 mit nichtsterilem Blut bei sterilem Nervensystem. Es besteht also ein ausgesprochener Neurotropismus gewisser Spirochätenstämme, und es kann nicht daran gezweifelt werden, daß neurotrope und dermatrope Spirochätenstämme existieren. E. Levin-Berlin.

Actas Dermo-Sifiliograficas

April/Mai 1928, Bd. 20, Nr. 4

Inwieweit ist die Syphilis eine vollkommen heilbare Krankheit? (Hasta què punto llega a ser la Sifilis una enfermedad rigurosamente curable?), von E. Hoffmann. S. 282. Die Arbeit Hoffmanns ist durch seine mehrfachen deutschen Veröffentlichungen und Vorträge über diesen Gegenstand so bekannt, daß auf ein eingehendes Referat verzichtet werden kann. Verf. kommt nicht nur zu dem Endresultat, daß die frische seronegative Syphilis, deren Diagnose die Untersuchung auf Spirochäten uns erlaubt, durch eine intensive kombinierte Behandlung mit Salvarsan und Wismut in größten Dosen mit absoluter Sicherheit geheilt werden kann, sondern er ist auch überzeugt, daß es noch im primären seropositiven Stadium und am Anfang der Sekundärperiode möglich ist, in der überaus großen Mehrheit der Fälle mit zwei oder drei Behandlungsreihen in größten Dosen vollständige Heilung zu erzielen. In den vorgerückten Fällen der Sekundärperiode, welche noch kontagiös sind, kann man häufig auch noch ein dauerndes Heilresultat durch mindestens drei oder vier Kuren mit noch erhöhter Dosis erreichen.

Die Behandlung der Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut mit Thalliumsalzen (El Tratiamento de la Tiñas del cuero cabelludo por las sales del Talio), von X. Vilonova. S. 298. Verf. berichtet über 60 Kinder, bei denen die Thalliumepilation ausgeführt wurde. Das Alter der Kinder schwankte zwischen 20 Monaten und 12 Jahren. Bei allen wurde das Mercksche Präparat angewendet in einer Dosis von 9 mg pro Kilogramm außer bei drei Kindern, von denen das eine nur 5 mg pro Kilogramm, das andere 8 mg pro Kilogramm erhielt. Das Mittel wurde stets per os bei leerem Magen verabreicht. Von Nebenwirkungen wurden in einem Falle heftige Darmkoliken ohne Diarrhoe beobachtet, die schnell verschwanden. In anderen Fällen traten Gelenkschmerzen mit vorübergehendem Hydrarthros auf, einmal ein akuter polyartikulärer Rheumatismus mit Fieber und schlechtem Allgemeinbefinden, der auf Natrium salicylicum zurückging. Sonst waren einige Male profuse Schweiße, Kopfschmerz, Follikulitis, einmal blutiges Sputum bei einem an tuberkulöser Bronchoalveolitis leidenden Kinde, ferner leichtes Fieber mit Appetit- bzw. Schlaflosigkeit, niemals Augenstörungen von Bedeutung zu verzeichnen. In 50% der behandelten Kinder fanden sich einige Gramm Gewichtsverlust und eine wenig auffallende Anämie. Zwischen dem 9. und 15. Tage trat in der Regel die Alopezie zutage, jedoch gestattet nach Verf. der Anblick des ent-

Digitized by Google

haarten Kopfes kein Urteil über das definitive Heilresultat. Der Ausfall der Haare wurde unterstützt durch manuelle Epilation, Massagen mit Salben und wiederholte und reichliche Waschungen mit Seifenwasser. Das Wiederwachstum der Haare begann 10 Tage, nachdem die Depilation als vollkommen betrachtet werden konnte. Behandelt wurden 11 Fälle von Mikrosporie, 44 Fälle von Trichophytie, 4 Fälle von Kerion und Favus. Die Zahl der Rezidive ließ sich bei einer korekten antiparasitären Kur und bei Vermeidung von Autoinfektionen vermindern. Das Thallium ist besonders geeignet bei Kranken, die nach einer Röntgenepilation rezidiviert sind, ferner bei Kranken, bei denen eine sachgemäße Röntgenepilation schwer durchzuführen ist.

Die Serodiagnostik der Syphilis mit den Reaktionen von Wassermann, Hecht und Meinicke (El serodiagnostico de la Sifilis por las Reacciones de Wassermann, Hecht (Instituto Pasteur) y Meinicke). von I.-S. Covisa, J. Bejarano und A. Navarro Martin. S. 304. Nach Verf. erweist sich die WR als die am meisten spezifische, wenn auch als die am wenigsten empfindliche. Sie tritt am spätesten bei Fällen von beginnender Syphilis in Erscheinung und wird am frühesten durch die Behandlung beeinflußt. Die Reaktion des Instituts Pasteur hat sich als die empfindlichste erwiesen, gibt aber öfters unspezifische Resultate. Schwache Hemmungen der Hämolyse sind mit größter Vorsicht zu beurteilen. Die MTR ist die empfindlichste aller Flockungs- und Trübungsreaktionen; sie übertrifft an Empfindlichkeit die WR, doch nicht die Reaktionen mit aktivem Serum. In einigen Fällen hat sie sich auch sensibler als die Hechtsche Reaktion gezeigt. Unter 2600 untersuchten Seren waren nur in 8 Fällen zweifelhafte und in 2 Fällen unspezifische Resultate vorhanden. Nur in 2 Fällen von sicherer Lues (Gumma pharyngis und Endarteritis syphilitica) haben alle drei Reaktionen ein negatives Resultat ergeben. In 85,6% ergaben alle drei übereinstimmende Resultate. In 92,2% stimmten WR und Pasteursches Institut überein, in 90,4% Wassermann und Meinicke und in 88,6% Meinicke und Pasteursches Institut. Bei Lues incipiens wurde meist zuerst die Hechtsche Reaktion positiv, dann folgten Meinicke und zuletzt Wassermann. Nicht selten wurde aber zunächst Meinicke positiv, dann folgten ällmählich Hecht und Wassermann. In keinem Falle von sekundärer Syphilis wurde eine negative Reaktion gefunden. Bei Meningitis syphilitica, progressiver Paralyse und Taboparalyse waren alle drei Reaktionen stets positiv, bei Tabes verschieden. Alle Fälle von tertiärer Hautsyphilis fielen positiv aus. Bei viszeraler Syphilis gingen die Reaktionen häufig auseinander. Bei Aortitis war mindestens eine der Reaktionen positiv. Dabei zeigte sich die WR weniger empfindlich als die beiden anderen. Bei Syphilis congenita wurden nur selten vollkommen negative Reaktionen gefunden, meist waren alle Reaktionen stark positiv. Alle drei Reaktionen können positive Resultate mit leprösen Seren geben, besonders von Lepra tuberosa et mixta.

Vergleichendes Studium der Reaktionen von Wassermann und Meinicke bei 4000 Kranken (Estudio comparativo de las Reacciones Wassermann y Meinicke en 4000 Enfermos), von E. A. Sáinz de Aja, N. C. Fernández und P. G. Martínetz. S. 321. Nach Ansicht der Verff. ist der Wert der WR und der MTR in bezug auf die Empfindlichkeit, abgesehen von kleinen gelegentlichen Differenzen, egal. Beide Methoden sollen stets gleichzeitig angewendet werden. Die Methoden von Sachs-Georgi, die Benzokol- und die Brucksche Methode haben wegen ihrer Inkonstanz keine Vorzüge vor diesen.

Spezifische allgemeine Vakzinetherapie des weichen Schankers und seiner Komplikationen (Vacunoterapia especifica general de chancro simple y sus complicationes [Vacunación por vias endovenósas y endemica]), von M. Garriga. S. 332. Die Vakzine kann nach Verf. intravenös und subkutan angewendet werden. Der intravenöse Weg ist ohne Zweifel therapeutisch am wirksamsten. Der endermatische Weg hat den Vorzug, daß er gewöhnlich keine Allgemeinreaktion erzeugt. Die therapeutische Wirkung ist sowohl bei intravenöser wie subkutaner Anwendung bei gewöhnlichem weichen Schanker gering. In diesen Fällen empfiehlt sich die intrakutane Impfung als Prophylaktikum gegen Komplikationen der Lymphwege. Die spezifische Vakzinetherapie ist angezeigt als Heilmittel bei sekundären schankerösen Ulzerationen von anormalem Charakter, bei Drüsenschwellungen und bei venerischem Serpiginismus. Wenn möglich, soll die Anwendung intravenös geschehen. Kontraindikationen sind: alte und schwache Leute, Herz-, Leber- und Nierenkranke, latente und aktive Tuberkulöse sowie pathologische Zustände, die allgemeine Schwäche, Fieber oder Kachexie hervorrufen. Behandelt wurden 100 Fälle von weichem Schanker und Komplikationen, von denen Verf. 65 Krankengeschichten in seiner Arbeit veröffentlicht.

Digitized by Google

Die Nicolle-Durandsche Vakzine bei der Behandlung venerischer Geschwüre (La Vacuna de Nicolle-Durand en el tratamiento de las casas venéreas), von Forns und Roldan. S. 351. Nach Ansicht der Verff. ist die günstige Wirkung der Streptobazillenvakzine bei der Behandlung weicher Schanker und ihrer Komplikationen augenfällig. Der Weg der Anwendung muß der intravenöse sein, die Dosis geringer, als sie Nicolle angegeben hat, da bei der Anwendung von $^1/_2$ ccm und der Maximaldosis von 2 ccm die gleichen Fiebererscheinungen und therapeutischen Resultate erzielt wurden. Jede Injektion hat Allgemeinstörungen im Gefolge. Diese hängen nicht besonders von der eingespritzten Menge ab. Bei intramuskulärer Anwendung treten weder Allgemeinreaktionen noch kurative Einwirkungen auf den Schanker auf. Die Hauptgründe für die Wirkung der Vakzine erblicken die Verff. in der Fieberreaktion. Die Methode eignet sich nur für resistente und der gewöhnlichen Behandlung trotzende Schanker, besonders wenn sie mit Drüsenschwellung kompliziert sind. Sie ist die beste Behandlungsart bei phagedänischen und serpiginösen Schankern. Kontraindikationen für die Anwendung bilden kardio-vaskuläre und Nierenstörungen, akute Lungenaffektionen und hochfieberhafte Erkrankungen.

Ein Fall von Lichen planus und Lichen corneus hypertrophicus, behandelt mit lokaler Röntgentherapie (Un caso de liqen plano y liqen córneo hipertrófico tratado con Radioterapia local), von Hombria und Soto. S. 355. Bei einem Kranken mit Lichen planus Wilson an Rumpf und Hals und Lichen corneus hypertrophicus beider Beine wurden durch lokale Bestrahlung mit verhältnismäßig kleinen Röntgendosen ($2^1/_2$ H bei 1 mm Aluminiumfilter) ausgezeichnete Heilresultate erzielt. Das Jucken schwand schon früher als die lichenoiden Effloreszenzen. Die völlige Abheilung der hyperkeratotischen Stellen an den Beinen wurde durch Anwendung einer 10%igen Teersalbe befördert.

Vorzeitige syphilitische Nierenentzündung, der Roseola vorausgegangen (Sifilis renal precoz. Nefrosis sifilitica preroseólica), von M. Garriga. S. 357. Ein 29jähr., unverheirateter Mann erkrankte an einer spezifischen Nephritis, die als erstes Zeichen der sekundären Lues erkannt wurde und der Roseola vorausging. Die Nephritis wurde durch eine diätetische Behandlung nicht beeinflußt, sie wurde durch eine spezifische Behandlung mit Hg-Salzen (intravenöse Injektionen von Hg-Zyanür) geheilt. Der Pat. vertrug später auch eine Salvarsankur.

Örtliche Hämatotherapie bei venerischen Drüsenentzündungen (Hematoterapia focal en las Adenitis venéreas), von P. Gomez-Martinez. S. 360. Es wurden nach Verf. 10 ccm Blut aus der Armvene entnommen und in die periadenitische Zone gespritzt. Es genügt, diese Prozedur nach 48 oder 72 Stunden, im ganzen vier- oder fünfmal zu wiederholen. Die Methode empfiehlt sich auch für Anthrax und Furunkel.

Behandlung der Hauttuberkulosen und der Tuberkulide mit Triphal (Tratamiento de las Tuberculosis cutáneas y de la Tuberculides por el Trifal), von R. Gonzales-Medina. S. 363. Die Behandlung mit Triphalinjektionen eignet sich nach Verf. besonders für Kinder, welche die „grausamen" Behandlungsmethoden nicht gut zu vertragen pflegen. In einem Falle von Lupus erythematodes trat nach einem Jahre ein Rezidiv auf. Verf. empfiehlt daher, einige Zeit nach der Heilung noch einige Injektionen zu machen, ähnlich wie die Wiederholungskuren bei Syphilis. Mit Bezug auf den dritten beschriebenen Fall (Lupus und Skrofuloderma) rühmt Verf. die tonische Wirkung des Mittels auf den Organismus, die den anderen Goldpräparaten überlegen ist. Der vierte Fall betraf einen Lupus erythematodes subacutus, eine Krankheit, die meist letal verläuft. Hier verhinderten drei Injektionen von Triphal den letalen Ausgang.

R. Ledermann-Berlin.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1928, Bd. 79, H. 3

XXIV. Riunione della società Italiana di dermatologia e sifilografia

(24. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidographie)

Rom, 2.—4. April 1928

Eröffnungsrede durch Prof. Boselini. Von den übrigen Ansprachen hat nur die Tatsache Interesse, daß Šamberger-Prag eine wissenschaftlich begründete Verbrüderungsrede gehalten hat.

Digitized by Google

1. M. Truffi-Padua: **Die experimentelle Superinfektion in der Syphilis** (La superinfezione sperimentale nella sifilide). Beim Menschen ist eine Superinfektion möglich. Die Immunität des Syphilitikers ist also keine absolute. Die Superinfektion ist während der ersten und zu Beginn der zweiten Inkubationsperiode häufig, viel weniger häufig im übrigen Teile der letzteren, während der Allgemeinerscheinungen und in der frühen Latenzzeit, häufiger wieder bei tardiver und tertiärer Syphilis, dagegen bei den metasyphilitischen Nervenerkrankungen eine Ausnahme. Der Organismus reagiert zum Teil verschieden, je nachdem es sich um ein autogenes oder um heterogenes menschliches Virus oder um von Kaninchen stammendes handelt. Der Unterschied betrifft scheinbar nur den Heftigkeitsgrad der hervorgerufenen Erscheinungen und die Häufigkeit des Haftens. Die „Primäraffekte" der Superinfektion folgen für gewöhnlich dem Typus der Hautveränderungen jener Periode, in welcher sich die erste Syphilis der nochmals Infizierten befindet. In den neuen Herden sind auch noch lange nach der Impfung lebende und lebensfähige Spirochäten zu finden. Man kann sie also nicht als einfache allergische Reaktionen auf spezifische toxische Substanzen auffassen. Die spezifische Therapie kann günstigen Einfluß auf sie haben. Der Durchbruch der Spirochäten der superinfizierten Stelle durch die Hautschranke in den Organismus ist nur in Ausnahmefällen beobachtet worden. Das erlaubt aber noch nicht, ein häufigeres Vorkommen auszuschließen. Beim Kaninchen ist die Superinfektion mit homologem Gift nur in den ersten Monaten der Ansteckung möglich, bei Verwendung mit heterologem jederzeit. Die Spirochäten können hier eindringen und in den inneren Organen nachweisbar sein, gleichviel ob „Primäraffekte" erzielt werden oder nicht. Nur wenn eine Sterilisationstherapie in den ersten Zeiten der Infektion stattfindet, kann das Kaninchen zum Verlust seiner Immunität gebracht werden.

2. G. Armuzzi-Padua: **Die experimentelle Superinfektion mit Syphilis beim Tier** (La superinfezione sifilitica sperimentale nel animale). Das infizierte Kaninchen bleibt zeitlebens syphilitisch. Eine spontane Heilung ist nach unserem heutigen Wissen auszuschließen. Die symptomlose Latenz ist an die Anwesenheit von Spirochäten im Tierkörper gebunden; diese bewahren dabei ihre Vitalität und Virulenz. Der allgemeinen Immunität geht eine frühzeitige lokale Immunität voraus, welche auf das Gebiet des Syphilisherdes beschränkt ist. Im allgemeinen erzielt man jenseits des 3.—4. Monats nach der Erstinfektion mit homologen und äquivalenten Stämmen kein klinisch nachweisbares Haften der Syphilis. Bei etwas früherer Ausführung, wo der Körper noch nicht genügend Abwehrstoffe entwickelt hat, können spezifische Produkte mehr oder minder abortiven Charakters entstehen. Immunerscheinungen am Auge genügen oft nicht, um es vor neuen Infektionen zu schützen. Das Auge stellt also das Organ dar, das im Verlauf einer Syphilis am meisten ungeschützt bleibt. Während der ganzen Latenzperiode kann man häufig mit Reinokulationen fremden Spirochätenmaterials spezifische Veränderungen hervorrufen. Spirochäten haften im allgemeinen bei Kaninchen um so leichter, je mehr Tierpassagen sie durchgemacht haben; doch kommt auch das Gegenteil vor. Ein Immuntier kann bei Verwendung verschiedener heterologer Stämme von hoher Virulenz wiederholte Erscheinungen gelungener Superinfektion zeigen. Die Qualität des verwendeten Stammes ist entscheidender als die Menge. Die Virulenz gibt wahrscheinlich die Differenzierungsmöglichkeit der verschiedenen Stämme; zur Zeit kennt man kein anderes charakteristisches biologisches Merkmal. Bei gleichzeitiger Impfung mit zwei verschiedenen Stämmen sind die Tiere nach drei Monaten gegen beide immun. Wird frühzeitig und genügend behandelt (besonders mit Arsenobenzolen), so gelingt es, das Tier in einer Zeitperiode zu sterilisieren, in welcher unbehandelte Tiere noch Superinfektionen angehen lassen. Die Reinfektion mit dem gleichen Stamm gelingt dort leicht und verläuft wie die geheilte Syphilis. Quecksilber, Wismut und ungenügende Salvarsandosen lassen in der Frühperiode noch keine Immunität entstehen, wohl aber einen Zustand der Latenz, innerhalb welcher Zeit eine homologe Infektion möglich ist. Später heilt keine noch so aktive Behandlung und die Immunität bleibt bestehen. Durch heterologes Virus erzeugte spezifische Veränderungen haben in der Regel eine längere Inkubation als normale Infektionen, ihre Entwicklung ist begrenzt und es entstehen gerne knotenförmige Infiltrate, welche sich rasch zurückbilden. Es fehlt ihnen der Stil embryonalen Gewebes, während die Zeichen der Degeneration hervortreten. Das Zellinfiltrat und die Gefäßveränderungen entsprechen vielfach gewöhnlichen Syphilomen. Spirochäten finden sich im neugebildeten Gewebe nur in geringer Anzahl; in den eingeimpften Stückchen zeigen sie zwar unzweifelhafte Zeichen der Schädigung, können sich aber da lange erhalten. Diese Produkte verschwinden auf Salarsan sehr

Digitized by Google

rasch. Spirochäten des gleichen oder eines fremden Stammes können in den Organismus eindringen, ohne daß an der Impfstelle sich etwas findet (symptomlose Superinfektion mit homologem oder heterologem Material). Bei einer symptomlosen Superinfektion mit homologem Material werden die Spirochäten in der Impfstelle der Haut an Zahl immer weniger, lassen sich aber etwa einen Monat lang noch nachweisen, und mit ihrer Anwesenheit fällt die Erhaltung der Virulenz und Vitalität zusammen. Bei symptomloser Superinfektion mit heterologem Material bleiben sie wenigstens $2^1/_2$ Monat lang hier virulent. Aus unseren Kenntnissen über die Immunität lassen sich keine sicheren Schlüsse auf die Antikörperbildung ziehen.

3. E. Balbi: **Experimentelle Superinfektion mit Syphilis beim Menschen** (Superinfezione sifilitica sperimentale dell'uomo). Unter Superinfektion ist eine zweite Spirochäteninfektion zu verstehen, welche sich zu der ersten noch vorhandenen und noch aktiven hinzugesellt. In der Zeit der ersten Inkubation gelingt sie leicht: Primäraffekt und sekundäre Drüsenschwellung. In der Zeit der zweiten Inkubation entsteht sie in einem hohem Prozentsatz. Gegen das Eruptionsstadium zu nimmt die Häufigkeit allmählich ab. Der Primäraffekt ist dann histologisch noch typisch, enthält Spirochäten und ist in verminderter Frequenz von sekundären Drüsenschwellungen begleitet. In der Sekundärperiode erzielt man in 50—70% histologisch typische, papulöse Infiltrate mit Spirochäten, aber nur selten begleitet von Adenopathien. In der Latenzzeit ist eine örtliche Superinfektion möglich, ausnahmsweise nur eine allgemeine. Erstere beobachtet man in 40—66%, in der Frühperiode im allgemeinen mit den Morphen der primären und sekundären Lues, in der Spätlatenz dagegen mit solchen sekundär-tertiären oder tertiären Charakters. In der Tertiärperiode gelingt die Superinfektion in 75—80%. Die Erscheinungen sind dann klinisch und histologisch typische Syphilide der Lues III. Die eingeimpften Spirochäten können sich lange an Ort und Stelle erhalten. Bei Tabes und zerebro-spinaler Syphilis haftet die Superinfektion selten, bei Paralyse nur ausnahmsweise. Die Verhältnisse der Erbsyphilis gleichen denjenigen bei Syphilis III. Traumen und gewöhnliche Eitererreger beeinflussen die Impfungen nur vorübergehend. Die Angaben über den Einfluß der Behandlung auf die Erscheinungen der Reinfektion sind widersprechend und bedürfen weiterer Nachprüfungen. Der klinische und histologische Typus der Inokulationsmorphe entspricht i. a. den der Syphilisperiode des Inokulierten eigenen Morphen. Heterogenes Virus ist im allgemeinen geeigneter für die Entstehung von Impferscheinungen als autogenes. Eine symptomlose Superinfektion ist bisher noch nicht nachgewiesen. Örtliche Superinfektion ist häufig; sie wird von dem bei der Reinokulation verwendeten Virus erzeugt. Generalisierte Syphilis ist eine Ausnahme. Die Immunität entsteht bei der Syphilis vor allem durch histogene Phänomene (Allergie) und humorale Faktoren. Die Hautimmunität ist aber oft nur eine teilweise und schützt den Organismus nicht gegen neue Ansteckung.

4. Artom-Novara: **Experimentelle Untersuchungen über die Reaktionsfähigkeit der Haut im Verlauf der Syphilis** (Ricerche sperimentali sulla reattività cutanea nel corso della sifilide). Prüfungen des Auftretens von Intrakutanreaktionen auf Injektionen von Bussonschem Luetin, spezifischem Filtrat, Pferdeblutserum, Vakzine, Fleischbrühe, physiologischer Kochsalzlösung, spirochätenfreiem Filtrat und Tuberkulin. Untersucht wurden alle Stadien erworbener Lues inklusive „Metasyphilis" und der Lues cerebri sowie der angeborenen Krankheit. Es geht aus der Tabelle des Verf. hervor, daß die Kutireaktionen abhängig sind von der Spezifität des Antigens. Auf das Zustandekommen allergischer Hautreaktionen hat der anatomische und funktionelle Zustand der Haut Einfluß. Zwischen den Immunisierungsvorgängen bei Syphilis und der Reaktivität der Haut bestehen Beziehungen. Es ist anzunehmen, daß die Ausbildung der Gewebeimmunität auch die letztere beeinflußt.

5. E. Bizzozero und F. Bernucci: **Allergie und Superinfektion bei Syphilis** (Allergia e superinfezione nella sifilide). Die Arbeit wird ausführlich in den Ann. de Derm. et de Syph. erscheinen.

6. F. Bernucci-Turin: **Bericht über einige Nachweisungen von Superinfektion mit Syphilis auf gesunder und narbiger Haut** (Nota su di alcune prove di superinfezione sifilitica su cute sana e su cicatrici). Der Pasinische Satz, daß heterologes Spirochätenmaterial sich bei verschiedenen, gleichzeitig geimpften Syphilitikern und an den verschiedenen Hautstellen des einzelnen Syphilitikers auch verschieden verhält, sowie daß auf Syphilisnarben keine Reinfektion aufgeht, woraus auf das Bestehen einer lokalen Immunität neben allgemeiner zu schließen ist, findet in den Impfversuchen

Digitized by Google

Bernuccis nur teilweise Bestätigung. Die syphilitische Narbe stellt durchaus nicht immer eine immune Zone dar; es können sehr bedeutende Syphilisprodukte auf derselben hervorgebracht werden, erheblicher als auf der benachbarten gesunden Haut. Vielleicht hängt das mit Persistenz der Spirochäten in den Narben zusammen. (Photogramme der erzielten Reinokulationsphänomene.)

7. S. Farina-Bari: **Beobachtungen über die Hautallergie gegenüber dem Syphilisgift** (Autoreferat) (Osservazioni sulla allergia cutanea di fronte al virus sifilitico [Autoriassunto]). Ein paar Versuche an Syphilitikern verschiedener Stadien, bei Paralyse und bei Syphilitikern, welche außerdem mit Haut- und Lymphdrüsentuberkulose, Knotenlepra oder Schuppenflechte behaftet waren. Bei tuberkulösen Syphilitikern der zweiten Periode entstehen Bildungen des Typus tardivus; bei Paralyse sind die Impfherde unbedeutend und verschwinden rasch. Bei einer leprösen Frau wies die etappenweise ausgeführte mikroskopische Untersuchung einen Kampf der Syphilis mit der Lepra und eine Verlangsamung des Impfprozesses auf. Bei einem Psoriatiker nahm der syphilitische Ausschlag makroskopisch die Form der Schuppenflechte an.

8. G. Piccardi und F. Brunetti-Turin: **Beobachtungen und Experimente mit Reinfektion und Superinfektion durch Syphilis** (Osservazioni ed esperimenti di reinfezione e superinfezione sifilitica). Die Versuche wurden mit Einreibung von auto- und heterologem, spirochätenhaltigem Wundserum auf skarifizierte Hautstellen bei Leuten mit Primäraffekten, frischen und älteren Syphilisausschlägen, Lues latens, Tabes, progressiver Paralyse, Erbsyphilis und in einem Falle „geheilter" Syphilis ausgeführt. Resultat: seronegative Primäraffekte: positiv; seropositive Primäraffekte und sekundäre Ausschläge: negativ; Lues III: positiv (klinisch und histologisch sekundärer Typus); Paralyse: negativ (mit demselben Material bei einem geheilten Syphilitiker Reinfektion); Tabes (5 Fälle): nur einmal positiv (klinisch und histologisch sekundärer Charakter); ältere Erbsyphilis mit frischen Gehirnsymptomen: negativ. (Alles Material ist sehr klein, nur 15 Fälle.) Aus der Versuchsanordnung, welche die natürlichen Infektionsverhältnisse möglichst getreu nachbildete, und der Tatsache, daß bei den Versuchspersonen ängstlich eine vorzeitige spezifische Behandlung vermieden wurde, zieht Vortragender den Schluß, daß es sich bei den positiven Ergebnissen nicht um allergische Reaktionen, sondern um echte Syphilide gehandelt hat, die allerdings nur lokalen Charakter besaßen (Superinfektionen). Bei zwei „geheilten" Syphilitikern wurden echte Reinfektionen mit sekundärer Drüsenschwellung und generalisiertem Ausschlag beobachtet.

9. G. Verrotti-Catania: **Experimentelle Untersuchungen über Superinfektion mit Syphilis beim Menschen** (Ricerche sperimentali di superinfezione sifilitica nell'uomo). Ein Fall von frischer Lues maligna und ein zweiter von Lues I mit Drüsenschwellung und schwach positiven Serumreaktionen. Positive Ergebnisse. Die Morphe der Superinfektion paßte sich dem Stadium der erstvorhandenen Lues an. Die Impfung gelang nur mit heterologem Material. Auf Narben schwankende Ergebnisse. Bei dem einen Kranken in der Superinfektionsstelle massenhafte Spirochäten, während die alten Syphilisherde nichts zeigten (Formveränderung der Spirochäten?). Im einen Fall Abheilung der benachbarten, aber nicht der ferner gelegenen alten Syphilisherde mit der Ausbildung des Impfherdes; im anderen Fall Rückgang des Primäraffektes und der Adenopathie. Spezifische Behandlung wirkte auf die Erscheinungen der neuen Infektion rascher ein als auf diejenigen der alten. (Abbildungen.)

10. E. Balbi und M. Ravalico-Padua: **Der Kochsalzstoffwechsel beim Pemphigus** (Ricambio del cloruro di sodio nel pemfigo). Untersuchungsmaterial: Zwei Fälle von Pemphigus vulgaris, ein foliaceus und eine Duhringsche Dermatose. In der ersten und letzten Gruppe bei gewöhnlicher Kost immer stärkere Kochsalzverminderung im Urin; bei Pemphigus foliaceus normale Werte. Im Blutserum und in der Flüssigkeit echter oder künstlich erzeugter Blasen weniger starke Vermehrung des Kochsalzes. Geht man mit der NaCl-Verabreichung in der Nahrung herab, dann sinkt die Kochsalzausscheidung im Urin aufs äußerste, ohne daß es zu einer Abnahme der Hyperchloridämie käme. Bei wechselnder Salzdosis wechselt nur im Urin die Kochsalzmenge. Wie das Blut verhalten sich die Blasen. Neben der Salzretention besteht Wasserretention, Bereitschaft zu Gewebeödem. Hohe Dosen von NaCl steigern nicht die Hautsymptome, Kochsalzentzug beeinflußt sie nicht. Die Kochsalzretention ist also nicht die Ursache, sondern nur ein Symptom des Pemphigus.

11. L. Martinotti-Bologna: **Über die in einigen Fällen von Pemphigus vulgaris erhobenen Befunde von Veränderungen der Genitaldrüsen** (Autoreferat) (Sulle

Digitized by Google

alterazioni delle ghiandole genitali rilevate in alcuni casi di pemfigo volgare [Autoriassunto]. 5 Fälle. Entgegen den Theorien mancher fanden sich keine Veränderungen an der Thyreoidea und den Nebennieren, dagegen starke Sklerose und Atrophie an Hoden und Eierstöcken, in der Mehrzahl auch Veränderungen an den zugehörigen Arteriolen. Vortragender erörtert die Frage, ob in diesen Genitaldrüsenveränderungen die Ursache des Leidens liegt oder ob sie etwas Sekundäres sind und bespricht die verschiedenen Möglichkeiten, die dann gegeben sind.

12. A. Pasini-Mailand: **Dystrophia cutis bullosa atrophicans mit Bildung von Weißpapeln** (Distrofia cutanea bolloso-atrofizante ed albo-papuloide). 2 Fälle der Unterabteilung der Köbnerschen Dermatose, des Pemphigus congenitus, mit Neigung zur Narbenbildung. Sie unterscheiden sich aber von diesem, daß sie neben den Epidermiszysten auch Weißpapeln zeigen. Zahl spärlich, Farbe elfenbeinweiß und opak, Oberfläche glatt, Umgrenzung rund oder rundlich, mit steilem Abfall, ohne Sensibilitätsstörung, Höchstdurchmesser 1 mm, einzelstehend und zusammenfließend, perifollikuläre Anordnung mit Verlust des Haares, ohne vorausgehende Bläschenbildung entstanden, härtlich; mikroskopisch: Hyperplasie des papillären Bindegewebes ohne Entzündungserscheinungen. (Im zweiten Falle waren die Papeln höher und breiter und im jugendlichen Zustand konisch.) Langsame Entwicklung. Keine Rückbildung.

13. A. Gaviati-Spezia: **Das Chlorhydrat des Diaminomethylakridins (Gonakrin) in der Tripperbehandlung** (Il cloridrato di diaminometilacridina [gonacrina] nella terapia della blenorragia). Verwendet wurde im Gegensatz zur Überschrift nicht nur Gonakrin, sondern auch Trypaflavin. 362 Fälle. 5000 Injektionen. 60 ausschließliche Trypaflavinbehandlungen. Orchioepididymitis wird durch Trypaflavin nicht verhindert oder aufgehalten, sondern manchmal sogar verschlechtert. Ebenso Prostatitis und andere Komplikationen. Daher genaue Untersuchung vor Beginn einer Trypaflavinbehandlung. Bei subakuten Formen oft vorübergehende Steigerung des Prozesses, was aber für den Endausgang nur günstig ist. Keine Erfolge bei chronischen Entzündungen durch andere Eitererreger. Bei Weibertripper nur gegenüber der Urethritis Erfolg. Die Methode ist unzuverlässig. Wo die ausschließliche endovenöse Therapie nicht zum Ziele führte, wurde diese in Zwischenräumen abwechselnd mit Lokalbehandlungen ausgeführt. Eine Serie bestand i. a. aus 6 Einspritzungen. Intramuskuläre Injektionen sind schmerzhaft, lassen langdauernde Infiltrate zurück und helfen auch nicht mehr. Endo- und Periphlebitis soll man vermeiden können, wenn man Glukose- oder Traubenzuckerlösung verwendet. Vortragender ist von den prophylaktischen Wirkungen des Resorzins erbaut und hält die Methode für bequem und bekömmlich. (Wie es mit der Bequemlichkeit aussieht, weiß jeder, der Hände, Handtücher, Kleider und Fußböden zu reinigen Veranlassung gehabt hat, wie es mit der Bekömmlichkeit aussieht, jeder, der die erythematösen, akneiformen und vesikulösen Exantheme gesehen hat, die trotz Resorzin auftreten. Hierüber gibt gleich der folgende Vortrag Aufschluß. Ref.)

14. A. Mucci-Rom: **Nochmals vom Trypaflavin in der Venereologie. Von einem Hautausschlag nach seiner Anwendung** (Ancora della Tripoflavina in venerologia. Di una forma eruttiva conseguente al suo uso). 45 Patienten. I. A. 15 Injektionen von 10 (Gaviati: 5) ccm der 2%igen Lösung. Bei akuten Prozessen der Harnröhre und Blase rasche Abnahme der Sekretion und der Gonokokken. Heilung unter Lokalbehandlung. Kein Erfolg bei Prostatitis, Epididymitis und chronischen Prozessen. Trypaflavin entfaltet seine bakterizide Wirkung nur dort, wo es mit dem Urin hinkommt. Trypaflavin beschleunigt, wenn es mit auderen Mitteln zusammen verwendet wird, bei den oben genannten akuten Prozessen die Heilung. (Ref. möchte im Anschluß an diese Ausführungen des Italieners kurz bemerken, daß er das Trypaflavin bei der akuten Blennorrhoe des Mannes mit hervorragendem Erfolg verwendet hat. I. A. ist der akute Tripper in 14 Tagen „geheilt". Die Gonokokken sind dann dauernd verschwunden und es ist nur noch eine Nachbehandlung notwendig. Um dieses gute Resultat zu erreichen, ist aber notwendig, daß neben den endovenösen Injektionen das Trypaflavin auch täglich zu Spülungen (2 l) herangezogen wird und daß der Kranke sehr gründlich mit Silberpräparaten injiziert. Man kann ganz gut täglich Trypaflavin injizieren, dann aber nicht mehr als 5 ccm der 2%igen Lösung. Kein Erfolg bei Komplikationen durch Prostatitis und Epididymitis, die man übrigens bei von Anfang an einsetzender Trypaflavininjektion ebenso wie die Urethritis posterior kaum zu Gesicht bekommt. Kein sicherer Erfolg bei weiblicher Blennorrhoe. Die Nebenwirkung auf die Haut, die Photosensibilisierung, läßt sich durch Resorzin nicht mit Gewißheit vermeiden. Der im folgenden beobachtete

Digitized by Google

Hautauschlag Muccis ist hinsichtlich Form und Lokalisation typisch und wurde vom Ref. wiederholt gesehen.) Nach der 10. Injektion trat bei einer jungen Frau „über Nacht" ein nicht juckender Ausschlag auf den oberen Teilen von Brust und Rücken auf. Kleinste rote Knötchen mit rotem Hof, zum Teil mit gelben Punkten. Abheilung trotz Fortsetzung der Einspritzungen ohne Lokalbehandlung. Mikroskopisch: Infiltrate und miliare Abszesse in verschiedenen Schichten der Lederhaut.

15. G. Perantoni-Satta-Sassari: **Das Trypaflavin bei Tripper und einigen Hautaffektionen** (La tripoflavina nella blenorragia ed in alcune forme cutanee). Konstanter Erfolg bei allen Pyodermien und akuten Trippern, auch bei mit Epididymitis vergesellschafteten, und einmal in einem Fall von jeder anderen Behandlung Widerstand leistender Vulvovaginitis. Keiner bei Pityriasis versicolor und chronischer Blennorrhoe. Notwendigkeit der Lokalbehandlung.

16. V. Manca-Pastorino-Sassari: **Über die Behandlung des Trippers mit einer unter Verwendung des Blutserums des Kranken hergestellten Autovakzine** (Sul trattamento della blenorragia con autovaccino preparato col siero del malato). 8 Fälle. Günstige Erfolge, auch bei Komplikationen.

17. N. Tedeschi-Bologna: **Isolierte Gonokokkeninfektion eines Kanales der Raphe des Penis** (Infezione gonococcica isolata die un canalicolo del rafe del pene). Abbildung.

18. P. de Favento-Triest: **Familiäre Syphilisinfektion mit seltenen und schweren Erscheinungen** (Infezione luetica familiare con manifestationi rare e gravi). Vater, Mutter und zwei Kinder haben nie Erscheinungen der Haut und immer negative WR des Blutes gezeigt; alle vier erkrankten schwer an syphilitischen Nervenstörungen (Neurotropie?).

19. A. Marcozzi-Pisa: **Lokalisation der Spirochaete pallida im sympathischen Nervensystem** (Localisatione del treponema pallidum nel sistema nervoso simpatico). Vortragender berichtet über die nicht gerade überraschende Beobachtung von Spirochäten im Sympathikus bei hereditärer Lues und negative Befunde bei erworbener. (Abbildungen.)

20. G. Miani-Bologna: **Über die therapeutische Wirksamkeit gegen Syphilis der Quecksilberpräparate von der Konstitution der Dioxydiamidoarsenobenzole** (Sull' efficacia terapeutica antiluetica dei preparati mercuriali a costituzione diossidiaminobenzolica). Rasche und energische Wirkung. Keine stärkeren Nebenwirkungen. Keine Giftigkeit trotz rascher Resorption. Brauchbarer Ersatz für Kalomel.

21. M. Monacelli-Rom: **Klinische Erfahrungen mit Myosalvarsan** (Autoreferat) (Esperienze cliniche col Myosalvarsan [Autoriassunto]). Nichts Neues.

22. L. Tommasi-Siena: **Über den Gebrauch eines unlöslichen Arsenobenzols** (Sul uso di un arsenobenzolo insolubile). Von italienischem Patriotismus getragene Prioritätsansprüche betreffs Herstellung löslicher und unlöslicher Arsenobenzole zu intramuskulären Injektionen. Empfohlen wird besonders das unlösliche Oleojacol in öliger Suspension. Gute, wenn auch verlangsamte, dafür aber dauernde Wirkung, auch auf die WR. Gefahrlos. Material klein.

23. A. Versari-Neapel: **Tellur in der Syphilisbehandlung** (Il tellurio nella terapia della sifilide). Verwendete Präparate: Suspension von 10%igem metallischem Tellur in 5%iger Glukoselösung, bis 20%iges Tellurbijoduratum und 5%iges Chininjodtellur, letztere in Olivenöl. Keine bessere Wirkung als andere Antisyphilitika. Dagegen heftige Schmerzen an den Injektionsstellen, Verfärbung der Haare, Knoblauchgeruch der Behandelten, Dunkelfärbung der Haut, Temperatursteigerungen, Abmagerung. Wirklich haben von den so Behandelten (?) zehn Leute ausgehalten, um dem Vortragenden die Überzeugung gewinnen zu lassen, daß das Mittel unbrauchbar ist.

24. A. Zibordi-Bologna: **Über einige Fälle von (dem Kranken) unbewußter Syphilis** (Sopra alcuni casi die sifilide ignorata).

25. R. Porcelli-Livorno: **Syphilide mit unbeeinflußbarem Wassermann (arsen-, wismut-, quecksilber- und jodresistente). Versuche einer chemischen Sensibilisierung der Spirochäte** (vorläufige Mitteilung) (Sifilidi a sierodiagnosi irriducibile [arsenobismuto-mercurio-iodo-resistenti]. Prove di chemio-sensibilisazione del treponema [Nota preventiva]). Akridinbehandlung ruft echte Herxheimersche Reaktion hervor; doch kann das vielleicht auch nur Akridinreizung sein. Einfluß auf Syphilide und WR gering.

Digitized by Google

Bessere Erfolge, wenn gleichzeitig Arsen und Wismut verwendet wird. In zwei Fällen obengenannter Art wurde die WR „bemerkenswert" beeinflußt durch Lösung des Salvarsans in Trypaflavin. Diese Lösungen bleiben ganz klar. Manchmal auftretende unbedeutende Störungen lassen sich vermeiden, wenn man das Arsenobenzol eine Stunde früher einspritzt als das Gonakrin.

26. E. Cortella-Perugia: **Die Trübungs-Ausflockungsreaktion von Dujarric de la Rivière und Gallerand im Vergleich zu Wassermann und Meinicke (TR)** (La reazione di opificazione-flocculazione di Dujarric de la Rivière e Gallerand nei confronti della Wassermann e della Meinicke [TR]). Keine unspezifischen Reaktionen. Aber geringer empfindlich als WR und MTR. Gerade bei latenter Syphilis, wo eine besondere Zuverlässigkeit wünschenswert. Die Trübungsreaktion scheint etwas weniger empfindlich zu sein als die Flockungsreaktion. Die RGD kann weder die WR ersetzen, noch ist sie ein geeignetes Kontrollmittel derselben. Lob der MTR wegen ihrer Einfachheit und raschen Bewerkstelligung und weil sie der WR mindestens ebenbürtig ist.

27. G. Spicca-Rom: **Über einige neuere Abänderungen des Wassermann** (Su di alcune recenti modificationi alla Wassermann). Nachprüfungen der Methoden von Sciarra, Giudiceandrea und von Ninni und Molari. Die Methoden werden für die Praxis nicht empfohlen.

28. L. Vercellino: **Über den Einfluß des Jodkaliums auf die Wassermann-Reaktion** (Sull' influence dell' ioduro di sodio sulla reazione di Wassermann). „NaI" wird unmittelbar vor der Injektion bereitet und wird in 10%iger Lösung zu 1—15 g einen Tag über den anderen oder in größeren Zwischenräumen endovenös gegeben. Gelegentlich leichte Venenschmerzen. In stärkerer Konzentration aber auch Phlebitis. Größere Dosen der Lösung beeinflussen auch die WR der tardiven Periode und die tertiären Erscheinungen sehr bedeutend, sind aber unwirksam bei Lues I und II.

29. L. Tommasi-Siena: **Allgemeine idiopathische Hautatrophie mit Entfärbung und Sklerodermie (Vorstellung des Falles und der histologischen Präparate)** (Atrofia idiopatica generalizzata della cute con discromia e sclerodermia [Presentazione del caso e dei preparati istologici]). Junger Mann. Atrophie der Gesamthaut. Beginn in der Kindheit. An den stark ergriffenen Händen Dupuytren. Stellenweise sklerodermatische Herde. Sehr starke Pigmentsprengelung. Keine Entzündungserscheinungen. Folliculitis barbae. Vortragender denkt an endokrine Störungen, veranlaßt durch einen tuberkulösen Prozeß.

A. v. Notthafft-München.

(Schluß folgt)

Bücherbesprechungen

Über weibliche Sexualhormone, von M. Kochmann-Halle. Würzburg. Abhdl., Bd. 25. Verlag Curt Kabitzsch, Leipzig 1928. Preis RM. 2.—. Die innigen Beziehungen zwischen Haut und Sexualorganen rechtfertigen es, auf obige kurze Zusammenstellung neuerer Erfahrungen auf dem Gebiet der weiblichen Sexualhormone in dieser Zeitschrift hinzuweisen. In der Hauptsache werden die anatomischen Grundlagen und die experimentellen Untersuchungen über das Ovarialhormon kritisch zusammengestellt. Es geht hieraus hervor, daß zwar große Fortschritte auch in der Darstellung der Hormone erzielt sind, aber daß noch viele Fragen theoretischer und praktischer Natur der Lösung harren. Des weiteren werden die Forschungen über die Beziehungen des Hypophysenvorderlappens zum Ovarium referiert, schließlich auch der Einfluß anderer endokriner Organe, auf welch letzterem Gebiet allerdings die Kenntnisse noch sehr dürftig sind. Für Autoren, die selbst auf diesem Gebiet arbeiten wollen, findet sich eine kurze, aber ausreichende Schilderung des Brunstzyklus. Praktisch ist auf gynäkologischem Gebiet anscheinend noch nicht viel Befriedigendes mit diesen Substanzen erzielt. Dermatologische Fragen — trotzdem auch auf diesem Gebiet schon einzelne Beobachtungen vorliegen — werden (abgesehen von Adipositas) nicht erwähnt. Zur einführenden Orientierung in dies interessante und wichtige Arbeitsgebiet ist die kleine Broschüre geeignet.

A. Buschke.

Digitized by Google

Einführung in die Diathermie vom medizinischen und technischen Standpunkt, von H. Henseler und E. Fritsch-Berlin. Preis RM. 3.50. Radionta-Verlag, Berlin 1928. Ein handliches Büchlein, geteilt in theoretischen und praktischen Teil, das seiner Absicht, eine kurze Einführung in die Diathermie und ihre Anwendungsmöglichkeiten zu bieten, vollauf gerecht wird. Zahlreiche sehr instruktive Zeichnungen und Abbildungen. Weniger auffallende Reklame für ein bestimmtes — wenn auch ausgezeichnetes — Fabrikat würde die Lektüre noch angenehmer gestalten.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Mitteilungen aus der Literatur

Dermatomykosen

Two Cases of Sporotrichosis Infection Due to Barberry (Zwei Fälle von Sporotrichosis infolge von Verletzung mit Berberis), von J. Blair und N. C. Yarian-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 91, Nr. 2, S. 96.) An Hand von zwei Fällen gibt Verf. eine Beschreibung der Sporotrichosis bei Verletzung mit dem „Barberry"-Strauch. Ein Pat. hatte sich an einem Dorn der Pflanze den Zeigefinger verletzt. 8 Tage darauf entzündete sich der Finger. Eine Inzision ergab jedoch keinen Eiter. Kurz darauf traten kleine, harte Knötchen am Handrücken auf, dann an Oberarm und Schulter. Die Knötchen erweichten nach einigen Tagen. Blutkultur und Abstrich des Inhalts der Knötchen fielen negativ aus. Auf große Dosen Jodnatrium per os ging die Erkrankung schnell zurück. Beim zweiten Fall kam der Pat. erst 3 Wochen nach der Verletzung in die Klinik wegen Rötung und schankerartiger Schwellung des Daumens. Nach wenigen Tagen trat hohes Fieber auf mit Lymphangitis und Lymphadenitis des Armes. Bald darauf zeigten sich kleine harte Infiltrate am Arm im Verlaufe der Lymphbahnen. Kulturen aus dem Inhalt eines Infiltrats ergab Sporotrichum. Nach dreimonatiger Behandlung mit Jodkalium per os trat Heilung ein. P. Seier-Heidelberg.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Ergebnisse der Scharlachforschung, von U. Friedemann-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 30, S. 1235.) Kritischer Bericht über die Verhandlungen des Königsberger Scharlachkongresses. Allgemein anerkannt wurde die hervorragende Wirkung des Scharlachheilserums. Iwaschenzow-Leningrad teilte mit, daß er mit intralumbaler Einspritzung von wenigen Kubikzentimetern Serum die gleichen Erfolge erzielt habe wie mit intramuskulären Injektionen von 100—200 ccm. Andere russische Autoren berichteten über Versuche einer aktiven Scharlachschutzimpfung. Die besten Erfolge wurden mit Toxin (4—5 Injektionen mit im ganzen 10—22000 Hautdosen) bzw. einer Mischung von 2 Milliarden Streptokokkenvakzine und 1000 Hautdosen Toxin erzielt. Die von Friedemann und Deicher angegebene Prophylaxe des Scharlachs durch bakteriologische Untersuchung der Rekonvaleszenten auf hämolytische Streptokokken hat sich bewährt. Die engen Beziehungen des Streptococcus haemolyticus zur Pathogenese des Scharlachs wurden von keinem Autor bestritten. Dagegen gingen die Ansichten über Einzelheiten der Scharlachlehre von G. und H. Dick weit auseinander. Die bisherigen Ergebnisse besagen, daß die Scharlachstreptokokken serologisch weder generell von anderen Streptokokken verschieden, noch untereinander identisch sind. Nach neueren Untersuchungen Friedemanns ist Toxinbildung kein artspezifisches Merkmal für Scharlachstreptokokken. Nach v. Groer-Lemberg ist der Dick-Test eine Überempfindlichkeitsreaktion, die nur bei solchen Menschen auftritt, die durch vorangegangene Streptokokkeninfektion gegen Streptokokkeneiweiß sensibilisiert worden sind. Dieser Theorie steht die bisher allgemein als antitoxisch gedeutete Wirkung des Scharlachserums entgegen. v. Groer bezeichnet sie als eine spezifisch ergotrope, worunter er offenbar versteht, daß die Antikörper nicht auf das Antigen, sondern auf die Gewebe des Körpers entzündungswidrig wirken. Kleinschmidt glaubt, daß die starren Begriffe der Immunitätslehre auf die Dick-Reaktion nicht anwendbar seien und modifiziert werden müßten. Dochey hält die Dick-Reaktion für eine allergische. Er konnte zeigen, daß Kaninchen für Streptokokkenfiltrate erst empfindlich werden, wenn sie mit ihnen vorbehandelt sind. Die Überempfindlichkeit kann durch antitoxisches Serum abgesättigt werden. Dochey prägt

Digitized by Google

deshalb den Begriff des Toxallergens und versteht darunter eine Substanz, die zugleich Toxin und Allergen ist. Verf. lehnt die Allergie- oder Anaphylaxietheorie des Scharlachs ab. Es sei unberechtigt, aus dem Vorhandensein einer Eosinophilie auf die anaphylaktische Natur der Erkrankung zu schließen. Von zahlreichen Autoren wurde der Parallelismus zwischen Scharlachimmunität und negativem Dick-Test bestritten.

F. Harry-Wiesbaden.

Zu den Untersuchungen über die Ätiologie des Scharlachs und der Masern nach Di Cristina und Caronia, von S. Meyer-Düsseldorf. (D. m. W., 1928, Nr. 30. S. 1237.) Verf. widerlegt die Behauptung Caronias, wonach die negativen Ergebnisse ihrer Nachprüfungen auf technische Unzulänglichkeiten und ungenügende Kenntnis der „Erreger" zurückzuführen seien. F. Harry-Wiesbaden.

Hämolytische Streptokokken in Scharlachklassen, von E. Bernhardt-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 30, S. 1239.) Die Untersuchung einer Volksschulklasse, in der vier Schüler an Scharlach erkrankten, ergab, daß vor und hinter den beiden zuerst erkrankten, nebeneinander sitzenden Schülern je ein Schüler mit positivem Bazillenbefund gesessen hat. Der zuletzt Erkrankte hatte hinter und neben sich Bazillenträger. Die Reihe der Bazillenträger war an keiner Stelle unterbrochen. Der Teil der Klasse, der von den Scharlachkranken entfernt saß, war frei von Bazillenträgern. In einer anderen Klasse saß neben einem Scharlacherkrankten ein Bazillenträger. Verf. empfiehlt, in Zukunft die Klassen nur bis zur Eliminierung der Bazillenträger zu schließen.

F. Harry-Wiesbaden.

Etude bactériologique d'un cas de scarlatine puerpérale (Bakteriologische Untersuchung eines Falles von puerperaler Skarlatina), von V. de Lavergne, P. Florentin und L. Fernier. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 23, S. 412—413.) Die Pat. war am neunten Tage des Wochenbettes an typischer klinischer Skarlatina, allerdings wie es bei puerperaler Skarlatina gewöhnlich der Fall ist, ohne Angina erkrankt. Die bakteriologische Untersuchung ergab aus dem Rachen einen Streptokokkus, der keine der charakteristischen Eigenschaften des Scharlachstreptokokkus zeigte. Hingegen stimmte ein zweiter, aus dem Collum uteri gezüchteter mit diesem überein; ausgesprochene hämolytische Fähigkeit, mäßige Virulenz beim Kaninchen, Agglutination mit dem Serum der Pat. in der Rekonvaleszenz, mit dem Serum einer Rekonvaleszentin von nichtpuerperaler Skarlatina, mit dem Serum eines mit dem Streptokokkus vorbehandelten Kaninchens. Auf Dickschem Nährboden ergab sich ein erythrogenes Toxin, das spezifische intrakutane Reaktion zeigte. E. Levin-Berlin.

Variations du nombre des leucocytes et étude du phénomène de l'extinction dans la scarlatine, sous l'influence de la sérosité des vésicatoires, prélevée sur les convalescents de scarlatine (Änderungen der Leukozytenzahl und Auslöschphänomen bei Scharlach unter dem Einfluß der von Scharlachrekonvaleszenten entnommenen Flüssigkeit von Vesikatorblasen), von M. Popovici-Lupa und C. Aurian. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 23, S. 425—426.) Von dem aus den Blasen steril entnommenen und im Eisschrank aufbewahrten Serum erhielten die am 1.—4. Tage nach Ausbruch des Exanthems befindlichen Kranken je nach Lage des Falles nüchtern 5—35 ccm intramuskulär. Das Blut wurde vorher und nach 4 Stunden, während die Kranken nüchtern geblieben waren, untersucht; dabei zeigte sich regelmäßig eine Verminderung der Zahl der Leukozyten, nur in einem Falle unter 10 eine Vermehrung. Außerdem wurde von demselben Serum 1 ccm intrakutan in das Exanthem gespritzt, wonach ein deutliches Auslöschphänomen, wenn auch weniger intensiv als mit Rekonvaleszentenserum, auftrat. In klinischer Beziehung schienen die Einspritzungen eine Beschleunigung der Entfieberung, eine beträchtliche Besserung des Allgemeinzustandes und einen weiteren regelmäßigen Verlauf der Krankheit ohne nennenswerte Komplikationen im Gefolge zu haben. E. Levin-Berlin.

Serologische Scharlachdiagnose (Komplementbindungsreaktion bei Scharlach), von H. Langer-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 30, S. 1239.) Von der zweiten Krankheitswoche an kann in etwa 90% der Scharlachfälle die Diagnose durch eine spezifische Komplementbindungsreaktion bestätigt werden. Als Antigen wird ein aus Scharlachstreptokokken gewonnener Extrakt verwendet. Den positiven Ausfall der WR bei Scharlach erklärt Verf. damit, daß in einzelnen Fällen eine besonders starke Bildung von komplementbindenden Antikörpern eintritt, die zu einem Übergreifen der Reaktionsfähigkeit auf unspezifische Antigene führt. F. Harry-Wiesbaden.

Some Observations on the Dick Test (Einige Beobachtungen über den Dick-Test), von Peters und Allison. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3522, S. 4.) Es handelt sich um

Digitized by Google

Untersuchungen zur Feststellung der Unterschiede in der vierten Woche bei Scharlach mit und ohne septische Komplikationen. Unter 48 septischen Fällen blieben 21 (44%) Dick-positiv und unter 103 nichtseptischen Fällen 31. Unter 194 Rekonvaleszenten gaben 61 (31%) positive Reaktion. Als Kontrolle dienten 116 Diphtherierekonvaleszenten, unter welchen 48 (41%) positiv reagierten. Ferner sind 131 Scharlachfälle in den ersten 3 Tagen bei Fieber und Exanthem näher untersucht worden. Darunter zeigten 64 positive, 67 negative Reaktionen. 59 Fälle wurden noch in der vierten Woche nochmals einer Prüfung unterzogen. Alle die Fälle, die anfangs negativ reagierten, blieben auch stets negativ. Von den anfänglich positiven 39 Fällen blieben 24 positiv, 15 negativ. T. Benedek-Leipzig.

Scarlet Fever. VI. The Relation between the Loss of Skin Sensitivity to Toxin and the Development of Antitoxic Immunity During Artificial Immunisation (Scharlach. VI. Die Beziehungen zwischen dem Verlust der Hautempfindlichkeit gegen Toxin und der Entwicklung antitoxischer Immunität während künstlicher Immunisierung), von J. V. Cooke-St. Louis. (Am. J. Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 6, S. 974 bis 982.) Einspritzungen von Scharlachstreptokokkenfiltrat-Toxin in steigender Dosis und kurzen Zwischenpausen bewirkt ausgesprochene Herabsetzung der Hautempfindlichkeit gegen das Toxin. Neutralisierendes Antitoxin fand sich im Blut nicht gleichzeitig, sondern erst 3—4 Wochen nach Beendigung der Einspritzungen; es blieb dann wenigstens einige Wochen nachweisbar. Nach einigen Wochen ließ die Herabsetzung der Hautempfindlichkeit nach, und es traten wieder positive Dicksche Reaktionen auf. Bei der Erklärung der rapiden Herabsetzung der Hautempfindlichkeit und der langsamen Entwicklung der neutralisierenden Antikörper drängt sich die Analogie mit gewissen anaphylaktischen Phänomen bei Tieren auf; es tritt vielleicht zunächst eine Desensibilisierung von gegen das Scharlachstreptokokkenfiltrat anaphylaktisch sensiblen Körperzellen und erst später eine Entwicklung von spezifischen Antikörpern auf.
E. Levin-Berlin.

Scarlet Fever. VII. The Course of the Development of Immunity in Scarlet Fever (Scharlach. VII. Der Verlauf der Immunitätsentwicklung beim Scharlach), von J. V. Cooke-St. Louis. (Am. J. Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 6, S. 983—990.) Mit Fortschreiten der Scharlacheruption nimmt die Hautempfindlichkeit gegen das Toxin ab. Während der Eruption und auch noch nach deren Schwinden ist in einigen Fällen Toxin im Blut nachweisbar. Neutralisierendes Antitoxin erscheint nicht vor der 2.—3. Woche, auch später. Das Verschwinden des Exanthems beruht nicht auf der Entwicklung des Antitoxins. Die eintretenden Veränderungen sind auf die Absorption des Scharlachtoxins zu beziehen. Die Wirkung des Scharlachtoxins gleicht mehr der Sensibilisierung von Zellen, die anaphylaktisch überempfindlich sind, als der durch ein echtes lösliches Toxin hervorgerufenen. E. Levin-Berlin.

Scarlet Fever. VIII. The Anaphylactic Factor in Scarlet Fever (Scharlach. VIII. Der anaphylaktische Faktor beim Scharlach), von J. V. Cooke-St. Louis. (Am. J. Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 6, S. 991—1000.) Der Artikel zieht die Schlußfolgerungen aus den voraufgegangenen, hier laufend referierten Untersuchungen des Verf. (Scharlach. I—VII). Es ergibt sich der bedeutsame Faktor der Überempfindlichkeit beim Scharlach, der der bei den steigenden Schwierigkeiten, die Theorie des löslichen Toxins mit den bei der Krankheit beobachteten Erscheinungen in Einklang zu bringen, sich ergebenden Notwendigkeit, andere Hypothesen ins Auge zu fassen, entgegenkommt.
E. Levin-Berlin.

Prevention and Modification of Measles with Antimeasles Dipplococcus Goat Serum (Verhütung und Beeinflussung der Masern mit Anti-Maserndiplokokken-Ziegenserum), von A. L. Hoyne und Silber Peacock-Chikago. (Am. J. Child. Dis., 1928, Bd. 35, Nr. 6, S. 1021—1023.) Die prophylaktische Anwendung des Serums schützte vor der Ansteckung, wenn die Kinder, während sie dieser ausgesetzt waren, damit behandelt wurden. Erfolgte die Anwendung erst einige Tage nachdem die Kinder der Ansteckung ausgesetzt waren, so konnte diese nicht verhütet werden; der Verlauf wurde jedoch beeinflußt, Komplikationen waren selten. Nichtgespritzte Kinder erkrankten, zeigten verhältnismäßig häufig Komplikationen; auch kamen bei ihnen zwei Todesfälle vor.
E. Levin-Berlin.

Post-Vaccinal Serous Meningitis (Postvakzinale Meningitis serosa), von F. E. Saxby Willis. (Lancet, 1928, Bd. 215, Nr. 5472, S. 69.) Ein 11 Jahre alter Junge, der 14 Tage vorher gegen Pocken geimpft worden ist, wurde mit Kopf- und Nackenschmerzen und Somnolenz ins Krankenhaus gebracht. Bei der Aufnahme waren noch

Digitized by Google

vier Impfpusteln am linken Arm vorhanden. Herz, Lunge, Abdomen o. B. Außer der Somnolenz zeigte das Zentralnervensystem keine Besonderheiten. Doch entwickelte sich am fünften Tage eine allgemeine Hypertonie, und auch das Kernigsche Symptom wurde positiv. Augen o. B. Liquor klar, Zellen 50 im Kubikzentimeter; kleine Lymphozyten 65%, große Lymphozyten 30%, Polymorphe 5%, einige Rote. Zucker, Chloride vermindert, Albumin 0,03%. Kulturell zeigte sich der Liquor steril; es fanden sich auch keine Kochschen Bazillen. Pat. wurde nach etwa 3 Wochen geheilt entlassen.
T. Benedek-Leipzig.

Ein neues und ein altes Problem der Malariaforschung, von R. Ruge. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1928, H. 6, S. 287.) Die Annahme der Gametenlosigkeit der Impfmalariastämme des Plasmodium vivax, die seinerzeit von der Wiener Schule (Kasders) behauptet wurde, scheint endgültig widerlegt durch die Arbeiten von Mühlens und Kirschbaum, H. Ruge, Fischer und E. Martini, v. Engel und Grant und Silverston. Kasders hat nun in jüngster Zeit auch das alte Problem der Parthenogenese der Makrogameten wieder aufgegriffen. Verf. kommt bei Besprechung der Literatur zu dem Schluß, daß Parthenogenese in seltenen Fällen vielleicht vorkommt, durch sie aber Rückfälle im allgemeinen nicht ausgelöst werden und die Rückbildungsformen vielmehr als atypische Entwicklungsstörungen anzusehen sind. F. M. Peter-Kairo.

Lepra

Un cas de lèpre autochtone en France (Ein in Frankreich autochthon entstandener Leprafall), von Giacardy. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 26, S. 717 bis 721.) Die Infektion der Kranken konnte mit Sicherheit darauf zurückgeführt werden, daß sie 7 Jahre zuvor bei einer aus Guyana stammenden Leprakranken bedienstet gewesen war, mit der sie in sehr naher Beziehung gestanden hatte. Da in Frankreich verhältnismäßig viel Leprafälle eingeschleppt werden, sind Vorsichtsmaßregeln am Platze.
E. Levin-Berlin.

A propos d'un cas de lèpre tuberculeuse, observé dans le département de Meurthe-et-Moselle (Über einen im Departement Meurthe-et-Moselle beobachteten Fall von knötchenförmiger Lepra), von Spillmann-Nancy. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 26, S. 721—727.) Der Fall betrifft einen aus Portugal stammenden Arbeiter, der seit mehreren Jahren mit offensichtlich als infektiös zu betrachtenden Krankheitserscheinungen in Frankreich beschäftigt gewesen war, ohne daß die Natur der Krankheit erkannt worden wäre. Die Aufmerksamkeit muß immer wieder auf die Möglichkeit des Vorliegens von Lepra gelenkt werden, Leprafälle sind in besonderen Abteilungen der dermatologischen Kliniken zu isolieren, Ausländer möglichst wieder in ihre Heimat zurückzubefördern. E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von Lepra tuberosa mit besonderer Beteiligung des Kehlkopfes und über die Beziehungen zwischen Leprazelle und Retikuloendothel, von H. G. Riecke-Marburg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol., 1928, Bd. 80, H. 1, Erinnerungsschrift f. F. Marchand.) Histopathologische Untersuchung bei einem Fall von Lepra tuberosa mit Rhinolaryngitis leprosa, welcher plötzlich unter Suffokationserscheinungen starb. 9 Jahre lebte Patientin als Aufwärterin in Deutschland, bis die Diagnose aus dem Nasenschleim gestellt wurde, nach Erkennung der Krankheit dann noch 3 Jahre innerhalb ihrer Familie. Irgend eine Ansteckung kam in ihrer Umgebung nicht zur Beobachtung, obgleich niemals eine strenge Isolation stattgefunden hatte. Die Sektion ergab außer Lepra tuberosa der Haut und erheblicher Schleimhautlepra mit zahlreichen Leprabazillen in Leber, Milz, Knochenmark und Lymphdrüsen krankhafte Veränderungen mit positivem Bazillenbefund, während alle übrigen Organe frei von Bazillen gefunden wurden. In der Milz fanden sich fleckförmige Herde mit zahlreichen Bazillen um die Trabekel und Gefäßadventititen angeordnet. In der Leber fanden sich die Bazillen meist innerhalb von Fibroblastenzellen oder um die Gefäße verteilt, nicht aber innerhalb der Leberbalken. R. knüpft an die Untersuchungen von G. Herxheimer an, welche er im allgemeinen bestätigt. Besonders behauptet er auch die Abstammung der „Leprazellen" von Retikuloendothelien. Direkte Bildung von ausgesprochenen Leprazellen aus Gefäßendothelien hat er aber nie beobachtet. R. vermutet, daß die infizierten Endothelien sich ablösen, in die Blutbahn abgestoßen werden und so der Beobachtung entgehen. In der Haut sind es „Zellen vom Granulationstypus, unter denen die adventitiellen Zellen eine besondere Rolle spielen, welche an dem Aufbau der Leprome beteiligt sind". In den viszeralen Organen sind es speziell die retikuloendo-

Digitized by Google

thelialen Anteile, welche Bazillen bzw. Leprazellen enthalten. Jedoch finden sich diese auch reichlich in den bindegewebigen Interstitien vor. Der pathologische Prozeß der Lepra ist im wesentlichen eine lipoide Stoffwechselstörung, an welcher Erreger und Organismus beteiligt sind, wobei als Reaktionsträger des Körpers in erster Linie Elemente des retikuloendothelialen Systems in Frage kommen. P. Unna jun.-Hamburg.

Quelques réflexions sur la maladie du Professeur Marchon (Einige Betrachtungen über die von Prof. Marchon beschriebene Krankheit), von J. Markianos. (Paris méd., 1928, Nr. 28, S. 51—52.) Im Jahre 1921 beschrieb Marchon eine neue mit Hauterscheinungen einhergehende, durch einen säurefesten Bazillus hervorgerufene Krankheit, die vorher einige Jahre lang erfolglos als Lepra behandelt worden war. Zu dieser bestehen zwar nahe Beziehungen, doch ist die Krankheit andererseits durch vielfache Merkmale von der Lepra zu unterscheiden. Es zeigen sich zuerst pemphigusartige Blasen, die in schwer heilende Geschwüre übergehen, an deren Stellen schließlich Pigmentierungen bestehen bleiben. An den befallenen Stellen sind jedoch keine Sensibilitätsstörungen nachweisbar; ferner bestehen auch keine Verdickungen an den Nerven und der Haut, keine Knoten. E. Levin-Berlin.

Neue serologische Reaktionen bei Lepra, von M. C. Rubino. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1928, Bd. 32, H. 7, S. 381.) Neue Serokoagulationsmethode bei Lepra. Das Krankenserum wird eine halbe Stunde bei 55—56° C inaktiviert. Die Hammelblutaufschwemmung wird wie bei der WR zubereitet, 24 Stunden bei Zimmertemperatur gehalten, noch mehrere (mindestens vier) Male gewaschen und schließlich mit Kochsalz auf die doppelte Menge verdünnt. 1 ccm Hammelblut + 1 ccm Serum werden bei 37° im Brutschrank beobachtet. Nach 10 Minuten beginnen bei positiver Leprareaktion sich die roten Blutkörperchen zu agglutinieren und zu sedimentieren, bedeutend früher als die Kontrollsera, bei denen erst nach Verlauf von mindestens einer Stunde die Sedimentierung ohne Koagulation eintritt. Die Reaktion fiel bei 153 Leprösen in 75% positiv aus, während zahlreiche Gesundenkontrollen fast stets negativ reagierten. P. Unna jun.-Hamburg.

Die Reaktion Costa bei Lepra, von Rajewski. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1928, Bd. 24, Nr. 6.) Die Novokain-Formalinreaktion von Costa ist zwar für Lepra nicht spezifisch, kann aber in gewissem Sinne zur Kontrolle über die Resultate der Behandlung bei Lepra dienen. Sie ist für die Lepradiagnose wertlos, gibt aber einen Indikator für den Grad der Aktivität der Lepra ab. A. Jordan-Moskau.

Notes on the Treatment of leprosy with certain gold preparations (Bemerkungen über Leprabehandlung mit gewissen Goldpräparaten), von C. Eubanas und B. de Vera. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1928, Bd. 32, H. 7, S. 381.) Berichtet über gute Erfolge bei 10 Leprafällen mit der Behandlung mit Goldpräparaten (Krysolgan und Trifal). In einem Fall, der vor der Goldbehandlung mit Chaulmoogra-Esthern behandelt worden war, verschwanden die Bazillen. P. Unna jun.-Hamburg.

Die CO_2-Schnee- und Solganalbehandlung der Lepra, von A. Paldrock. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 32, H. 7, S. 335.) A. Paldrock hat seine verdienstvollen Heilversuche weiter zu einem System ausgebaut und ein Behandlungsschema der Leprösen aufgestellt, dessen gute Resultate er an Hand von 6 Krankengeschichten vorführt. Gleichzeitig mit der klinischen Besserung findet P. morphologische Veränderungen des Leprorganismus, der seine Säurefestigkeit einbüßt, so daß gleich nach Beendigung eines Behandlungsturnus nur gramnegative Körnchen in den Hautstücken zu finden sind. Nach 6monatiger Erholung treten gramnegative Stäbchen hinzu, sowie grampositive Körnchen und Stäbchen, was nach P. auf ein Sichrüsten des Lepraerregers hinweist. P. tritt Kedrowskis Ansicht bei, welcher behauptet, daß der Lepraerreger unter ungünstigen Bedingungen seine Säurefestigkeit verliert und zu einer fadenförmigen Mikrobe wird (welche Meinung schon Lutz in seiner ersten Arbeit vertreten hat [Ref.], s. Dermatol. Studien I, Leipzig 1886. Leop. Voss). P. gibt eine sehr interessante Abbildung eines Konglomerats von fadenförmigen Leprabazillen. Technik der Behandlung: In jeder Sitzung werden 10 Leprome mit fest angedrückten, 5 mm dicken CO_2-Stäbchen nicht länger als 3 Sekunden erfroren. Wiederholung erst nach 3 Wochen. Nach der dritten CO_2-Behandlung werden Solganalspritzen (10%ige Lösung in physiologischer Kochsalzlösung) zweimal wöchentlich in steigenden Dosen (1—5 ccm) intravenös verabreicht. P. gibt sehr instruktive Tabellen, in denen Dosierung, Fiebererscheinungen, Körpergewicht, Bazillengehalt des Nasenschleims, Hb-Gehalt des Blutes, Blutbild, Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten, Lipasegehalt des Blutes mittels Ol. rizini und Lezithin, meist vor und nach der Behandlung genau fixiert sind. Das wertvollste Resultat ist

Digitized by Google

das Ergebnis, daß mit der Heilung die Umwandlung von grampositiven in gramnegative Stäbchen parallel vor sich geht. Stäbchen werden rascher gramnegativ als Körnchen, sind also weniger widerstandsfähig. P. führt diese Veränderung auf die Solganalbehandlung zurück. Von grampositiven Leprabazillenausstrichen, welche mit $^1/_4$%iger Solganallösung beschickt waren, zeigte sich nach 3 Stunden schon die Hälfte gramnegativ, nach 24 Stunden waren schon fast alle gramnegativ geworden. Andere Goldpräparate waren wirkungslos, bei Staphylokokken trat die Wirkung nur sehr langsam ein. Die Solganalbehandlung ergänzt die CO_2-Behandlung, welche die Bazillen abbaut, indem sie neue Abwehrkräfte des Organismus mobil macht und die Lepraerreger selber chemisch verändert. „Sowohl des CO_2-Schnees als immunisierenden, wie des Solganals als spezifisch wirkenden chemotherapeutischen Mittels hat man sich bei der Leprabehandlung zu bedienen." Besonders interessant sind die Resultate der Rubrik V: Anzahl der Injektionen, nach welchen die ersten Fieberknoten auftreten. Es zeigt sich nämlich, daß die Reagierfähigkeit des Körpers zunimmt. P. sagt: „Bei den meisten treten die Fieberknoten nach der zweiten Kur früher auf als nach der ersten Kur". Bei den schlecht verlaufenden Fällen: Nr. 16, 28, 20, schon nach der zweiten (9.), dritten (3.), fünften (32.) Spritze, während bei den guten Fällen sie nach der 11., 10., 21. Injektion auftreten. Es wäre sehr wünschenswert zu wissen, wie diese schlechten Fälle die Injektionen überhaupt vertrugen. Es ist naheliegend zu denken, daß diese in allen Fällen gleich dosierten Spritzen für die sensibilisierten Leprafälle zu stark wirkten und die Krankheit, wie Ref. a. a. O. (Derm. W., 1928, Nr. 12, S. 393) ausgeführt hat, provoziert haben. Der Nasenbazillenbefund (Rubrik VII) ist bei den schlecht verlaufenden Fällen vor der zweiten Kur positiv, eine statistische Bestätigung der Erfahrung der Praxis, daß positive Nasenerscheinungen a priori eine schlechtere Prognose geben. P. Unna jun.-Hamburg.

Sur un cas de lèpre traité par la bactériotherapie (Über einen mit Vakzine behandelten Leprafall), von Bourgeois und Tsatsaronis. (Progr. méd., 1928. Nr. 27, S. 1115—1116.) Verwendet wurde eine Antilepravakzine, deren Ausgangspunkt Tuberkelbazillen bildeten, unter Zusatz eines Teils von Extrakten dieser selben Bazillen und einer kleinen Menge von Leprabazillen, die von dem Serum der Leprome des Kranken stammten.

E. Levin-Berlin.

Des modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi du 17 avril 1833 pour que les lépreux, dont la période latente excède cinq ans, puissent bénéficier d'une pension de l'Etat (Wünschenswerte Abänderungen des Gesetzes vom 17. April 1833, um Leprösen, deren Latenzperiode 5 Jahre übersteigt, die Wohltat einer staatlichen Pension zukommen lassen zu können), von E. Jeanselme. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 100, Nr. 29, S. 851—854). E. Levin-Berlin.

Tuberkulose

Über den mikroskopischen Tuberkelbazillennachweis, von Kapeller-Marburg. (Zbl. f. Bakt., Bd. 108, H. 1/4, S. 7.) Bei einer Gesamtzahl von 338 untersuchten Sputa erwiesen sich die Färbeverfahren, die mit Na-Sulfit als Entfärbungsmittel arbeiten, denen mit Säurealkohol in 5 Fällen überlegen. Der Hauptvorteil dieser Färbemethoden liegt somit in der schonenderen Entfärbung. Auch die Gegenfärbung mit Pikrinsäure ist vorteilhafter als die mit Methylenblau, das nicht selten von den Tuberkelbazillen angenommen wird. Das Anreicherungsverfahren mit Antiformin verdient den Vorzug vor der gewöhnlichen mikroskopischen Untersuchung, da es einfacher ist und rascher zum Ziele führt. Es genügt fast immer nur ein Präparat zu untersuchen.

F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die Società di Dermatologia e Sifilografia delle Tre Venezie wählte Prof. Achille Breda-Padua zum Ehrenpräsidenten, Prof. Giambattista Fiocco-Venedig zum Präsidenten, ferner Prof. Emanuel Freund-Triest und Prof. Franceschini-Vicenza zu Vizepräsidenten.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 44 (Bd. 87) 3. November 1928

Aus dem Krankenhaus München r. d. I. (Direktor: Geheimrat Sittmann)
Dermatologische Abteilung (Leiter: Dr. Thiemm)

Drei neue Beobachtungen von Herpes zoster generalisatus

Von

Dr. H. O. Münsterer

Mit 1 Abbildung im Text

Während man früher beim Herpes zoster nur die unbedingt und ausschließlich auf das Gebiet eines oder ganz weniger peripherer Nerven beschränkten Bläschenausbrüche beobachtete — es ist bekannt, daß bei der Aufstellung des Headschen Schemas neben viszeralen Erkrankungen gerade der Herpes eine hervorragende Rolle gespielt hat —, ist man in neuerer Zeit auch auf die gar nicht so selten vorkommenden Fälle von generalisierter Herpeseruption aufmerksam geworden, die sich den älteren Vorstellungen über das Zustandekommen der Gürtelrose nur sehr schwer einfügen. Haslund hat 1897 erstmalig über einen derartigen Fall berichtet. Dann allerdings erfolgte längere Zeit keine weitere Beobachtung mehr. Noch 1903 konnte Faber, der nach Besonderheiten des Herpes suchte und über ein eigenes Material von 231 Fällen, darunter 26 „multipeln, gedoppelten und gegabelten" verfügt, nicht einen einzigen Befund dieser Art erwähnen. Die generalisierte Bläscheneruption Haslunds, von Fasal wohl zuerst mit dem Namen Herpes zoster generalisatus belegt, ist nach Steuers ausführlichen Darlegungen nicht zu verwechseln mit Tennesons und Molinies „vésicules abérrantes", einzelnen Bläschen, die sich von dem Hauptfeld des Zosters entfernt haben und durch Nervenanastomosen unschwer ihre Erklärung finden, und hat auch mit dem sehr seltenen Vorkommen wirklicher multipler Zosteren nichts gemein, das von Colombini schon 1893 als Zoster universale beschrieben worden ist. Es handelt sich vielmehr um das Auftreten einzelner, fast immer solitärer, wahllos mehr oder minder über den ganzen Körper verbreiteter kleiner oder größerer Bläschen bei gleichzeitig bestehendem typisch sitzendem Zoster. Das Auftreten dieses zweiten Ausschlags wird von Lesser bei der Erwähnung der „aberrierenden" Bläschen auf wenige Tage nach dem Hauptausbruch der Zona angegeben, eine Beobachtung, die wir in einem Falle bestätigen konnten. Der Ausgang ist entweder Eintrocknen der Bläschen mit Restitutio ad integrum oder bei schwereren Erkrankungen Ausbildung einer Nekrose und Vernarbung. Das Aussehen der frischen

Digitized by Google

Eruption ist genau das einer frischen Gürtelrose ohne Gürtelbindung, die Bläschen sitzen auf gerötetem Grund, zwischen Stecknadelkopf- und Linsengröße schwankend und können mitunter genau das Bild der Varizellen zeigen. Solche Fälle haben wohl Le Fleuver und seine Vorgänger (Bókay) veranlaßt, den Herpes zoster als die Varizellen der Erwachsenen zu erklären, eine Lehre, die auch in jüngster Zeit noch verfochten wird.

Wir hatten nun vor kurzem Gelegenheit, diese generalisierte Bläscheneruption an drei besonders ausgeprägten Fällen von Herpes zoster gangraenosus der Gesichts- und Halsgegend zu beobachten.

Der erste Fall betrifft einen seit mehreren Jahren an einer Blutkrankheit leidenden 45jähr. Heizer, bei dem acht Tage nach einer unwesentlichen Stomatitis ein typischer Herpes occipito-collaris auftrat. Schon vor zwei Monaten hatte sich bei ihm eine Verschlimmerung der alten, vor drei Jahren bereits diagnostizierten und mit Röntgenstrahlen behandelten lymphatischen Leukämie eingestellt. Eine kurze antiluetische Kur in früheren Jahren wurde ebenfalls zugegeben. Während unserer Beobachtung war die WR stets negativ, die SGR ergab nach der dritten Blutuntersuchung und Salvarsanverabreichung einen positiven Befund. Zu erwähnen ist noch, daß kurz vor der Herpeseruption drei Wochen lang Ferrangalbin mit Arsenbeimengung eingenommen wurde. Der Patient kam schwerst krank, ausnehmend abgemagert, fahlgelb, mit fast farblosen Schleimhäuten ins Krankenhaus. Die Temperatur war kaum erhöht, zwischen 37,0 und 37,5, dann sank sie sogar bis auf 36,0 ab. Erst später entwickelte sich zeitweise ein höheres Fieber. Mächtige Drüsenschwellungen am ganzen Körper fielen schon bei der Betrachtung auf. Ausgedehnte zusammenhängende zentrale Beschattungen des Lungenhilus dürften sich ebenfalls auf eine Vergrößerung der Lymphknoten bezogen haben. Die Milz imponierte als mächtiger harter Tumor. Im Drüsenpunktat Eiter. Das Blutbild betrug bei der Aufnahme 2500000 Erythrozyten, Haemoglobin corr. 69%, Färbeindex 1,1. Leukozyten fanden sich nur 5000, von denen 45% auf Neutrophile, 50% auf Lymphozyten, 3% auf Mononukleäre und 2% auf Mastzellen entfielen. Der Blutdruck war 105/60. Was die Hautveränderung betrifft, so gruppierte sich der Herpes an der linken Halsseite unterhalb und oberhalb der Klavikula, in der Mittellinie scharf abgeschnitten, dann über die linke Schulter hinziehend und links von der Wirbelsäule bis hoch in die behaarte Okzipitalregion aufsteigend. Die Effloreszenzen bestanden aus Bläschen, die auf einem geröteten Hof saßen und teils klaren, teils haemorrhagischen Inhalt zeigten. Die Haut war hier geschwollen, infiltriert und stark schmerzend. Außer diesem Herpes zoster fanden sich aber über den ganzen Körper, Stirn, Arme, Nacken, Rücken, Gesäß, Glans penis, Skrotum und Oberschenkel rechts und links ausgesät einzelne, sowohl vesikulöse als pustulöse, geradezu als Exanthem zu bezeichnende Bläschen, die „genau dem vesikulären Teil des Herpes zoster glichen", immer jedoch nur in der Einzahl vorhanden waren. Insgesamt dürften es wesentlich über 100 gewesen sein. Juckreiz bestand nie. Die Entwicklung dieser disseminierten Bläschen wird vom Patienten auf etwa vier Tage nach dem Hauptausbruch des Zoster angegeben. Über den weiteren Verlauf ist nur zu sagen, daß die einzeln stehenden Bläschen in wenigen Tagen abtrockneten, während der gangränöse Teil vier Monate zur gänzlichen Heilung brauchte. Der Kranke verließ uns dann, weil er sich außerordentlich wohl fühlte, das Blutbild hatte sich jedoch zu einer beinahe perniziösen Anämie verschlechtert.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine 74jähr. Frau, bei der keine Lues im Spiel ist — WR und SG negativ —, deren Sterilität sich durch eine fixierte Retroversioflexio uteri erklärt und die niemals krank gewesen sein will. Mehrmalige Blutauszählungen ergaben außer einer geringen Linksverschiebung ein völlig normales Bild, auch keine Lymphozytose. Geistig war eine übertriebene Ängstlichkeit bemerkenswert. Der Blutdruck betrug anfangs 130/60, später 160/90. Die Temperatur war nur während der ersten vier Tage unserer Beobachtung auf 37,3 bis 38,4 axillar erhöht. Ein leichtes Hängen des linken Augenlides und des Mundwinkels, auf eine Fazialisparese hindeutend, soll schon immer bestanden haben und wird von der Patientin auf das Fehlen der Zähne bezogen. Stauungspapille oder sonstige auf zerebrale Störungen hindeutende Symptome bestanden nicht. Drüsenschwellungen waren weder lokal noch allgemein nachweisbar. Vor drei Wochen mit unbestimmten Beschwerden erkrankt, hatte sie vom Arzt zwei Flaschen Eisenwein, möglicherweise mit Arsenzusatz, erhalten. Der Herpes begann bei ihr schmerzlos. Zufällig war über dem linken Auge eine kleine Borke be-

Digitized by Google

merkt worden, die mit Borsalbe behandelt wurde. Sechs Tage nach den ersten Erscheinungen kam die Kranke zu uns. Es zeigte sich über dem linken Auge beginnend bis in die Haargrenze hinein, in der Mittellinie abschließend, in Handflächengröße ein borkiger, ganz mit Blasen bedeckter geröteter Bezirk. Der Umfang der Blasen schwankte zwischen Hirsekorn- und Vogeleigröße. Das linke Auge war gänzlich verschwollen. Es gelang erst nach drei Tagen die Kornea zu betrachten, die ebenso wie die Konjunktiva keinerlei Veränderung aufwies. Am Körper, vereinzelt auf der Brust, mehr am Bauch

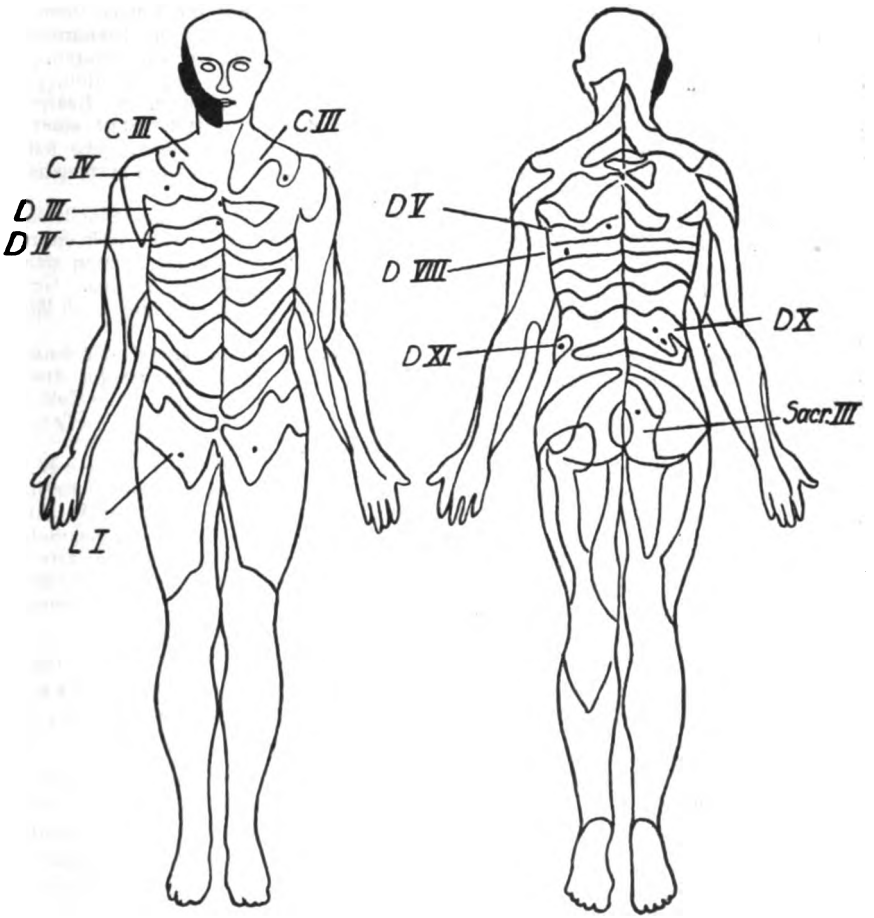


Abb. 1. Schwarz = Sitz des Herpes zoster gangraenosus. Schwarze Punkte = Sitz der disseminierten Bläschen

und auch im Rücken fanden sich wieder ganz kleine, stecknadelkopfgroße, zum Teil noch kleinere, wasserhelle Bläschen, die auf einem geröteten Hof aufsaßen. Ihre Zahl betrug ungefähr 20 Stück. Auch in diesem zweiten Falle schwanden die Bläschen in wenigen Tagen, eines unter Hinterlassung einer kleinen Narbe. Der Herpes zoster facialis stieß sich erst nach Monaten ab und es blieb eine ausgedehnte anästhetische Hautpartie im Bereich des linken Supraorbitalis.

Beim dritten Fall, allerdings dem weniger ausgeprägten, können wir ein genaues Lokalisationsschema einfügen. Es handelte sich hier um eine Zona des dritten Trigeminusastes, vier Tage nach Zahnextraktion mit lokaler Chloräthylbespritzung aufgetreten.

Digitized by Google

Auch hier keine Lues, gar keine Blutveränderungen, keine Hirnerscheinungen, keine Veränderung des Augenhintergrunds und keinerlei eventuell in Frage kommende Medikamentverabreichung. Blutdruck 170/90. Temperatur nie erhöht. Vier Tage nach dem Beginn der Erkrankung kam die 70jähr. Frau in ziemlich schlechtem Ernährungszustand in unsere Beobachtung. Wir fanden in der Mundhöhle rechts im Bereich der extrahierten Zähne einen dicken weißen Belag. An der rechten geschwollenen und verdickten Wangenschleimhaut hatte sich eine kleinere ähnliche Plaque gebildet. Eine dritte saß nahe der Lippe. Auch an der Zungenspitze rechts eine winzige, kaum hirsekorngroße, Ulzeration. Von der Mundhöhle aus griff eine schmierige Schorfbildung auf die Lippen über. An der Unterlippe hatten sich große, tiefgreifende Borken entwickelt. Die Kinndrüse war geschwollen und schmerzhaft, während andere Drüsen nicht zu palpieren waren. Von der Oberlippe war nur ein kleiner Winkel miterkrankt. Dann zog die Rötung und Bläschenbildung genau dem Bezirk des Ramus tertius entsprechend in die Haargrenze hinein. Auch der äußere Gehörgang war dicht mit Blasen besetzt. Statt einer Beschreibung der kleinen Bläschen, die ganz wie in Fall zwei aussahen, gebe ich das Schema in die Headsche Tafel eingezeichnet. Man sieht das Fehlen eines systematischen Zusammenhangs mit den sensibeln Nervenenden.

In diesem dritten Falle unserer Beobachtung kam der Herpes am schnellsten zur Ausheilung. Zwei Tage nach der Krankenhausaufnahme entwickelte sich noch ein neuer kleiner Bläschenschub in der Haargrenze, in kaum drei Wochen jedoch hatten sich die Schorfe restlos abgestoßen. Die Sensibilität war in allen Qualitäten normal. Geringe Parästhesien und zeitweise heftige neuralgische Schmerzen blieben allerdings noch längere Zeit bestehen.

Eine Veränderung der Hautsensibilität am Körper, auch im Bereich der einzelnen Bläschen und ihrer zugehörigen Nerven (s. Abb. 1), haben wir in keiner der drei Beobachtungen gefunden. Daß in den kleinen Bläschen massenhaft eosinophile Zellen gesehen wurden, während sie im Blute fehlten, bedarf kaum der Erwähnung. Reflexe und Tiefensensibilität waren in allen unseren Fällen normal.

Mit Varizellenkindern waren die Erkrankten nicht in Berührung gekommen. Ob Windpocken früher einmal durchgemacht worden waren, ließ sich nicht in Erfahrung bringen. In der Erwägung, daß auch Frakturen und kariöse Prozesse der Wirbelsäule (Charcot) Herpesausbrüche auslösen können, haben wir noch Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule machen lassen. Wir fanden nun in Fall zwei eine leichte, dem Alter entsprechende, in Fall drei eine sehr schwere, fortgeschrittene Spondylitis deformans bei gleichzeitig bestehender Kyphoskoliose. Beschwerden hatte keine der Patientinnen von dieser Erkrankung.

Eine für alle Fälle von Herpes zoster generalisatus befriedigende Erklärung kann zur Zeit wohl noch nicht gegeben werden. Bókay und Le Fleuvres Varizellentheorie wird von einem Teile der Autoren auch heute noch vertreten, von anderen auf das entschiedenste abgelehnt. Neue Übertragungsversuche von Kumer mit positiven Impfergebnissen scheinen die Theorie zu stützen, während die fast gleichzeitig erschienene Arbeit Keinings sie ziemlich energisch angreift. Die Hypothese eines anderen spezifischen Virus oder Toxins, das ähnlich dem des Tetanus oder der Heine-Medinschen Krankheit ausschließlich auf besondere Teile des Nervensystems einwirkt, ist immer wieder aufgestellt worden. Sehr viele Beobachtungen sprechen dafür; ein experimenteller Beweis ist jedoch noch nicht erbracht.

Mračeks Angabe, daß gerade die Fälle von Herpes zoster generalisatus auf eine zentrale Ausgangsstelle des Zosters hinweisen, hat anatomische Grundlagen. Head und Campbell bezeichnen den Herpes zoster nach dem histologischen Bild daher überhaupt direkt als „Poliomyelitis posterior acuta". Von unseren Fällen möchten wir jedenfalls beim ersten mit Bestimmtheit an die Allgemeinerkrankung übergeordneter Bezirke glauben. Wenn wir an das bei der letzten Zählung schwerst gestörte Blutbild in Fall eins denken — 1400000 rote, 1100 weiße Blutkörperchen,

Digitized by Google

Färbeindex 1,5 —, so könnten wir ungezwungen myelitische Veränderungen und von ihnen ausgehend trophische Nerven- und Hautschädigungen annehmen. Ein Fall mit myelitisch bedingtem Zoster ist von Weidner beschrieben worden.

Noch fast wahrscheinlicher ist bei unserem Falle aber, daß leukämische Veränderungen das Krankheitsbild hervorgerufen haben. Ein Fall Fischls, bei dem das Ganglion Gasseri ein mächtiges periganglionäres Infiltrat aus lymphozytären Elementen zeigte und bei dem sich auch im Ganglion selbst vorwiegend lymphozytäre Herde fanden, wurde wenigstens von Fischl so aufgefaßt.

Sehr intensive Erkrankungen an Herpes zoster generalisatus wie der Fall Steurer, bei dem sich auch noch tiefergreifende trophische Hautveränderungen fanden, können sicher nur durch zentrale Schädigungen erklärt werden.

Sehr gefördert wurde die Vorstellung über das Zustandekommen der generalisierten Bläschenaussaat durch den von L. v. Zumbusch 1913 beschriebenen Fall, bei dem große Teile des Rückenmarkes und viele Spinalganglien histologisch durchuntersucht wurden. Hier fanden sich nämlich nicht nur an der Stelle des Hauptherdes, sondern überall mehr oder minder starke Zosterinfiltrate, die die Ganglien, hintere Wurzeln, Hinterhörner, ja selbst die Gegend des Zentralkanals und der Vorderhörner betrafen.

Daß auch dem vegetativen Nervensystem beim Zustandekommen des Herpes eine Rolle zugeschrieben werden muß, ist wahrscheinlich und es erscheint plausibel, daß wenigstens beim sekundären Zoster, bei Tabes, Paralyse, Vergiftung oder Kompression, nicht ein Hinabwandern in der zentripetalen sensibeln, sondern in der zentrifugalen parasympathischen Faser in Frage kommt (L. R. Müller). Anatomische Veränderungen der Rami communicantes und des Grenzstranges des Sympathikus neben solchen der Ganglien wurden bereits von Thomas, Laminière und Déjérine beschrieben. Bielschowsky, der einen gleichen Sektionsbefund erheben konnte, hält die Vorstellung für berechtigt, „daß eine Bläschenbildung erst dann erfolgt, wenn dem in der sensibeln Bahn verlaufende Reiz von seiten der Konstriktoren nicht mehr entgegengewirkt werden kann, mit anderen Worten jede Regulation des Gefäßtonus ausgeschaltet ist".

Psychogene Ursachen für das Auftreten generalisierter Bläschen kommen kaum in Frage. In unseren Fällen zwei und drei wußten übrigens die Kranken nichts von der allgemeinen Ausbreitung des Zosters. Arsen wurde bekanntlich als auslösender Faktor von Hutchinson, Hebra und Gerhardt angeschuldigt, doch fordert Lewandowsky für solche Fälle eine schwere chronische Arsenintoxikation mit Melanosebildung, wie sie bei keinem der von uns beobachteten Kranken bestanden hatte.

Vielfach sollen nach den Angaben der älteren Literatur beim Herpes zoster periphere Schädigungen eine große Rolle spielen. Curschmann und Eisenlohr haben sogar einen Befund mit peripherer Neuritis und intaktem Spinalganglion veröffentlicht. Gegen die Richtigkeit dieser Beobachtung ist allerdings von Head und Campbell Einspruch erhoben worden. In unserem Fall drei könnte man auch an eine gewisse auslösende Bedeutung des peripheren Traumas denken. Man könnte sich in Analogie mit dem Tetanus schon vorstellen, daß das Virus im Nerven-

Digitized by Google

stamm hinaufwandert und in den Ganglien zu Degenerationen führt. Diese müßten den Hauptherd des Zoster verursachen. Um die Theorie auch auf die generalisierten Bläschenschübe auszudehnen, könnte man an eine im Ganglion erfolgende Schädigung vegetativer Fasern denken, die andere entfernte Körperregionen versorgen. Gegen eine derartige Hypothese spricht die Wahrscheinlichkeit ebenso wie anatomische Befunde. Eher stellt die periphere Schädigung nur einen Locus minoris resistentiae dar und der weitere Verlauf der Erkrankung erfolgt in der gleichen Weise wie bei Fällen, bei denen wir die Eintrittspforte eben nicht kennen.

Eine Entscheidung, ob alle Zosteren, oder auch nur alle generalisierten gleiche Ätiologie haben, scheint unmöglich; wahrscheinlich ist dies nicht der Fall. Einige Autoren (Kohnstamm, Spitzer) gehen so weit, den Begriff des Herpes zoster überhaupt nur in symptomatischem Sinn gelten zu lassen. Sie vertreten demgemäß auch die Ansicht, daß von jeder beliebigen Stelle der viszero-sympathiko-spino-radikulären Bahn die Bläschenbildung ausgelöst werden kann. Die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, daß diese Anschauung zwar für den „symptomatischen" Herpes gelten mag, daß aber jene anderen Fälle mit den so charakteristischen Infiltraten der Ganglien, hinteren Wurzeln und Hinterhörner ein eigenes, umschriebenes Krankheitsbild darstellen. Da ein tödlicher Ausgang ziemlich selten, Sektionen noch seltener sind, wird sich die Klärung der Zusammenhänge wohl noch längere Zeit verzögern.

Literatur

Beyer, Herpes zoster mit generalisierter Lokalisation. Arch. f. Derm., 1906. — Bielschowsky, Herpes zoster. Lewandowskys Handb. d. Neurol., 1915, Bd. 5, (ausführliche Literaturangaben). — Blaschko, Herpes zoster. Mraceks Handb. d. Hautkrkh., 1905. — Bókay, Über den ätiologischen Zusammenhang der Varizellen mit gewissen Fällen von Herpes zoster. W. kl. W., 1909, Nr. 22. — Curschmann und Eisenlohr, Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes zoster. Arch. f. kl. Med., 1884. — Colombini, Caso singolarissimo di Herpes zoster universale. Siena, 1893. — Déjérine und Thomas, Les lésions radiculo-ganglionaires du zona. Rev. neurol., 1907, Bd. 15, Nr. 10. — Faber, Des zonas multiples, dedoublés ou bifurqués. Le progrès medical, 1903. — Fasal, Herpes zoster generalisatus. Arch. f. Derm., 1909. — Fischl, Herpes zoster generalisatus bei Leucaemia lymphatica. Arch. f. Derm., 1913. — Haslund, Über zoster bei Gelegenheit eines Falles von generalisierter Eruption. Nord. m. Arkiv, 1897. — Kreining, Beitrag zur Zosterfrage unter besonderer Berücksichtigung des Zoster generalisatus. Derm. W., 1928, Bd. 86, Nr. 20. — Kumer, Über Beziehung von Herpes zoster generalisatus und Varizellen. Derm. Zschr., 1928, Bd. 53. — Le Fleuver, Beitrag zur Kenntnis gleicher Ätiologie von Herpes zoster und Varizellen. Brit. J. of Derm., 1917. — Lipschütz, Demonstration. Ref. Arch. f. Derm., 1910. — Molinié, Des vesicules abérrantes. Thèse, Paris 1895. — Steuer, Ein seltener Fall von Herpes zoster gangraen. general. W. m. W., 1911. — Tennerson, Traité clin. d. dermatol., 1893. — Thomas und Laminière, Les lésions medullaires du zona. Rev. neurol., 1907, Bd. 15, Nr. 14. — v. Zumbusch, Über Herpes zoster generalisatus mit Rückenmarksveränderungen. Arch. f. Derm., 1913.

Digitized by Google

PROPERTY OF RESEARCH

Aus dem Anatomischen Institut der Universität Hamburg (Direktor: Prof. Dr. H. POLL)

Alter und Geschlecht in der Biologie der Haut.

I. Systematische histologische Untersuchungen normaler Haut

(Vorläufige Mitteilung)

Von

Dr. PAUL JORDAN

Über die Histologie der Alters- und Geschlechtsunterschiede der normalen menschlichen Haut ist bisher nur wenig bekannt. Wenn man die vier ausführlichen zusammenfassenden Darstellungen aus neuester Zeit (KYRLE, GANS, PINKUS, HOEPKE) daraufhin durchsieht, so ist die Ausbeute spärlich. Gewiß finden sich in der Literatur einzelne Beobachtungen — und ihre Zahl ist gar nicht einmal so gering —, sie tragen aber in der Regel den Charakter zufälliger Stichproben, während ausgedehntere, systematische Untersuchungen bisher fast vollkommen fehlten.

Wir hatten Gelegenheit, an einem größeren Material die Haut von Männern und Frauen jeder Altersstufe zu untersuchen. Eine ausführliche, mit Abbildungen versehene Arbeit ist in Vorbereitung und wird in der „Zeitschrift für mikroskopisch-anatomische Forschung" erscheinen. In vorliegender Mitteilung sind, ohne daß auf Einzelbefunde eingegangen ist, die grundsätzlich wichtigsten Ergebnisse zusammengestellt.

1. Veränderungen an den Gefäßen der Haut (sowohl Verdickung der Wand, wie auch Lipoiddegeneration) finden sich sehr viel regelmäßiger als bisher angenommen wurde.

2. Zum histologischen Bilde der senilen Atrophie der Haut gehören weder das Kollastin, noch das basophile Kollagen, noch die sogenannte Degeneration des Elastins.

3. Der Schwund des Unterhautfettgewebes spielt bei der senilen Atrophie der Haut eine bedeutsame Rolle. Histologisch lassen sich die Rückbildungsvorgänge im Alter von denen bei Inanitionsatrophie trennen.

Urethritis leprosa

Von

Prof. Dr. E. VON BASSEWITZ in Porto Alegre (Brasilien)

Einer Verbalsuggestion des hervorragenden französischen Lepraforschers Prof. JEANSELME folgend, unternehme ich heute, über einen schon verhältnismäßig weit zurückliegenden Fall von Urethritis leprosa zu berichten, der lange Zeit in seiner Bedeutung verkannt und als gonorrhoischer Natur aufgefaßt wurde. Die Seltenheit des Vorkommens genuiner, durch den HANSENschen Bazillus verursachter Harnröhrenausflüsse ist unzweifelhaft; sie allein begründet hinreichend die Veröffentlichung des betreffenden kasuistischen Materials, das übrigens außerdem noch andere differential-diagnostisch interessante Gesichtspunkte darbietet.

Digitized by Google

Der Fall stammt aus einem Gebiete, in welchem die Lepra endemisch und relativ stark verbreitet ist. Der südbrasilianische Bundesstaat Rio Grande do Sul besitzt bei einer Bevölkerung von etwa 2 Millionen ungefähr 600 Aussätzige, eine Zahl, die eher zu niedrig als zu hoch gegriffen sein dürfte.

Als ich dort, vor 35 Jahren, meine ärztliche Tätigkeit aufnahm, herrschte die Auffassung, daß der Staat so gut wie leprafrei sei. Die wenigen dann und wann auftauchenden Fälle schwerster, typischer Lepra gestatteten meist ausnahmslos die Annahme einer extra-territorialen Kontamination. In Wirklichkeit jedoch war das furchtbare Leiden schon einheimisch geworden und hatte sich von einzelnen Herden aus, nach Art eines Ölflecks im Papier, ausgebreitet. Die Ignoranz dieser Tatsache brachte es natürlich mit sich, daß man ärztlicherseits die Möglichkeit lepröser Erkrankungen differential-diagnostisch nicht genügend berücksichtigte. Zumeist schrieb man der Syphilis, diesem in Brasilien ganz außerordentlich verbreiteten Leiden, die zur Beobachtung gelangenden leprösen Eruptiverscheinungen zu. Sogar Fälle charakteristischer Lepra nervosa mutilans wurden verkannt, wie ich 1898 persönlich beobachtete bei einem Kranken, dessen Angabe, es handle sich bei ihm um die Spätfolgen eines Klapperschlangenbisses, jahrelang unbeanstandet geblieben war. Nachdem einmal meine Aufmerksamkeit auf das Vorkommen der Lepra im extremen Süden Brasiliens erregt war, fing ich an, systematisch nach ihr zu forschen mit dem Erfolge, daß es mir im Laufe der Jahre gelang, persönlich 138 Fälle von Aussatz zweifellos zu konstatieren. Zum größten Teil auf diese Selbstbeobachtungen fußend, erstattete ich im September 1927 der Medizinischen Gesellschaft in Porto Alegre einen Bericht über die regionäre Leprafrage (A questoã da lepra no Rio Grande do Sul), die in den „Archivos Rio Grandenses de medicina", dem offiziellen Organ jener Gesellschaft veröffentlicht wurde. Es war schon kein Alarmruf mehr, auch war meine Veröffentlichung nichts anderes als die öffentliche Feststellung der relativen Häufigkeit der Lepra in einem offiziell aussatzfreien oder doch lepraarmen Staate, also die Publikation eines öffentlichen Geheimnisses.

Vor mehr oder weniger als zwei Dezennien begann die sich rapid steigernde Häufigkeit des Nachweises autochthoner Leprafälle die Aufmerksamkeit einiger Ärzte zu erregen, die, anfänglich erstaunt, von der unverkennbaren Leprainvasion des Staates Kenntnis nahmen und wiederholt auf dieselbe hinwiesen, unter anderen der damalige Präsident der Medizinischen Gesellschaft der Hauptstadt, Professor Olinto de Oliveira. Der großen Mehrzahl der Ärzte jedoch, deren lepralogische Kenntnisse recht beschränkter Natur waren und sind, entging die sich allmählich vollziehende Durchseuchung ihres Wirkungskreises. Alle, die wissen, wie zweideutig und schwierig zu bewerten die Initialsymptome bei manchen Aussätzigen sind, werden begreiflich finden, daß der größte Teil derartiger Fälle undiagnostiziert bleibt. Hieraus ergibt sich mit zwingender Notwendigkeit der Unwert von Leprastatistiken, wie sie in letzter Zeit in Brasilien unternommen wurden. In Rio Grande do Sul figurieren in öffentlichen Feststellungen Orte als leprafrei, in denen ich zum Teil $^1/_2$ Dutzend von Aussätzigen persönlich kenne. Derartige Tatsachen sind

Digitized by Google

um so weniger zu verwundern, als selbst in Europa die Verhältnisse ähnlich zu liegen scheinen, wie ich den Berichten der politischen Tagespresse in bezug auf Frankreich entnehme. Es wäre auch sonst unverständlich, daß der bekannte Pariser Leprologe Prof. Jeanselme in der letzten Sitzung der Medizinischen Akademie vom Ministerium für Hygiene dringlichst die Verteilung einer Zirkularnote an alle französischen Ärzte verlangt, in der auf das gehäufte Vorkommen autochthoner Leprafälle sowie auf die Initialsymptome und die Therapie dieses Leidens hingewiesen wird.

Unwillkürlich bin ich von dem eigentlich zu behandelnden, beschränkten Thema abgelenkt worden. Meine Abschweifung kann jedoch als Beleg für die Häufigkeit des Verkennens initialer Lepraerscheinungen dienen und somit auch die anfängliche Fehldiagnose in meinem Fall verständlich und in gewissen Grenzen entschuldbar machen. Ich wende mich nun dem konkreten Falle zu, wobei ich leider, hier in Paris, ausschließlich auf meine Erinnerung angewiesen bin, da die den Fall betreffenden ausführlichen Register sich in Porto Alegre befinden. Manche Unzulänglichkeiten bei der Beschreibung des Lokalbefundes sind auf diesen Grund zurückzuführen.

R. O., Seifenfabrikant, ledig, kaukasischer Rasse mit leichtem indianischem Einschlag, ist in Rio Grande do Sul geboren und hat den Staat nur einmal, auf kurze Zeit, verlassen. Der ihn zuletzt behandelnde Arzt Dr. L., ein in der Schweiz ausgebildeter Kollege mit vorzüglichen Fachkenntnissen, auch auf dermatologischem Gebiete, sandte mir den Pat. zur Weiterbehandlung, da er seinen Wohnsitz ins Innere verlegte. Als einzige Information teilte er mir mit, daß es sich um einen Fall renitenter Syphilis, mit vorwiegend papulösen Effloreszenzen handelte und daß außerdem eine chronische Gonorrhoe bestehe.

Der intelligente Pat. erweitert den Bericht durch folgende Angaben: Er glaubt, daß seine Ansteckung mit Syphilis vor 4—5 Jahren erfolgte; er weiß nichts über eine Initialsklerose zu berichten. Die ersten Erscheinungen waren kutaner Art, angeblich rote Flecken, die von dem damals konsultierten Arzt als Roseola syphilitica diagnostiziert wurden. Pat. will damals Fieber und deutliche Störungen allgemeiner Art im Gesamtbefinden gespürt haben, die sich im Verlauf der sofort eingeleiteten energischen Spritzkur mit löslichen Quecksilberpräparaten verloren. Mehrfache ähnliche Serien von Einspritzungen wurden unternommen, ohne daß es zu einem Schwinden des vorhandenen makulösen Ausschlages gekommen wäre. Hierdurch bedingt, mehrfacher Ärztewechsel. Die zuletzt von Dr. L. vorgenommenen 4 endovenösen Salvarsaninfusionen (à 0,3 — 0,45 — 0,455 und 0,6 g) hatten ebenfalls keinen deutlich ausgesprochenen Einfluß auf die äußeren Erscheinungen, wohl aber fühlte sich der Pat. in seinem Allgemeinbefinden gebessert und wünscht deshalb mit diesen Einspritzungen fortzufahren. Die wiederholt vorgenommenen serologischen Blutuntersuchungen ergaben stets eine deutlich positive WR. Harn, außer Eiweißspuren, ohne Befund. — Vor etwa 2 Jahren trat außerdem ein eitriger Harnröhrenausfluß auf, den der Pat. sowohl als die von ihm konsultierten Ärzte als Rezidiv einer früher bestandenen Gonorrhoe auffaßten, zumal in Anbetracht mangelnder stärkerer, entzündlicher Reaktion beim Einsetzen des Ausflusses. Trotzdem kam es, angeblich nur während des ersten Monats, zu schmerzhaften Erektionen unter geringer seitlicher Abweichung des Gliedes (Chordae venerea), die sich allmählich verloren. Trotz recht intensiver Lokalbehandlung durch Spülungen nach Janet, Instillationen sowie Vakzineinspritzungen persistiert der Ausfluß, allerdings in gemilderter Form; zur Zeit besteht nur ein typischer Bonjour-Tropfen. Soweit die Anamnese.

Bei Untersuchung des Pat., von grazilem Körperbau, fällt vor allem das Vorhandensein stark ausgeprägter papulöser Effloreszenzen von dunkelroter, livider Färbung an der Stirn auf, in Anordnung der typischen Corona veneris. Auch an den Ohrmuscheln finden sich einige kleine Papeln. Schütterer Haarwuchs, aber

Digitized by Google

keine ausgeprägte Alopezie. Nase ohne Befund. Bei Besichtigung der Mundhöhle ergibt sich das Bestehen einer Leukoplakie am Rücken der stark gefurchten Zunge, aber keine eigentliche Stomatitis. Pat. ist starker Raucher und leidet seit langem an einer chronischen Pharyngitis granulosa. Zähne in gutem Zustande, obwohl mehrfach obturiert. Am Oberkörper bestehen, sowohl an der Brust wie am Rücken, mehrere größere kupferfarbige Flecken ohne Schuppenbildung mit unregelmäßigen, aber deutlich konturierten Rändern. Hände und Arme frei; Epitrochleardrüsen deutlich palpabel. An den Unterextremitäten fällt sofort das Bestehen von starken Phlebektasien auf, die hauptsächlich linksseitig zu einem chronischen Stauungsödem geführt haben. Pat. gibt an, zeitweise heftige neuritische Beschwerden im linken Bein zu spüren, die von chirurgischer Seite aus als „Nevrite variqueuse Type Quénu" diagnostiziert wurden, auch versprach man dem Pat. radikale Heilung dieser Beschwerden durch operativen Eingriff. Dieser jedoch, messerscheu, behilft sich nach wie vor mit Einnehmen von Aspirin, womit er gute symptomatische Erfolge erzielt. An beiden Unterschenkeln, hauptsächlich links, mehrere sepiafarbige Flecken, auch fällt ein gewisser Grad von atrophischer Glanzhaut auf.

An den Geschlechtsteilen indolente knötchenförmige Infiltrate des linken Nebenhodens, angeblich Residuen einer früheren Epididymitis gonorrhoica, sowie, beiderseits, stark entwickelte Varikozele (Pat. trägt andauernd Suspensorium). Am Gliede sind keine Narben nachweisbar; der Meatus ist verklebt, auf Druck entleert sich ein großer, schleimig-eitriger Tropfen. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab, bei Gram-Färbung, das Fehlen typischer Gonokokken, jedoch zahlreiche Kokken und Stäbchen, zum Teil mit intrazellulärer Lagerung; ein Befund, wie er ja gar nicht selten bei chronischen postgonorrhoischen Ausflüssen erhoben wird.

Pat. gibt noch an, daß Potenz und Libidio stark gelitten haben. Das Abtasten der Prostata ergibt linksseitig kleine noduläre Infiltrate, bei einem gewissen Grade von Atrophie der Gesamtdrüse. Die Palpation des Gliedes nach Einführung eines Metallbougies gestattet den Nachweis der Existenz eines kleinen schrotkorngroßen Knötchens im mittleren Teil der Pars pendula, die ich als Residuen einer chronischen Littreitis (gonorrhoische Entzündung einer para-urethralen Schleimdrüse) auffasse. Ich bedaure, heute noch, keine urethroskopische Exploration vorgenommen zu haben. Außerdem erkenne ich mich schuldig, bei der Untersuchung des Pat. zu oberflächlich vorgegangen zu sein und z. B. keine Sensibilitätsprüfungen vorgenommen zu haben. Ich ließ mich eben von den mir übermittelten diagnostischen Angaben suggestionieren und verfiel in den gleichen Irrtum meiner zahlreichen Vorgänger.

Da bisher bei diesem Pat. merkwürdigerweise noch kein Jod angewandt worden war, beschloß ich zu diesem Mittel meine Zuflucht zu nehmen, um dann später auf das Quecksilber, in Form der Inunktionskur in Verbindung mit ZITTMANNschem Dekokt, zurückzugreifen, bei simultaner Weiterverwendung der damals (1913) noch neuen EHRLICHschen As-Präparate. Ich verordnete also zunächst 4 g Jodkali pro Tag. Da Pat. am nächsten Tage eine dringende Geschäftsreise zu unternehmen hatte, die ihn auf eine Woche von der Hauptstadt entfernt hielt, war es mir unmöglich, die wünschenswerte Kontrolle der Arzneiwirkung auszuüben. Auf jeden Fall gab ich dem Kranken Anweisungen für den Fall einer möglichen Intoleranz von seiten der Verdauungs- und Atmungsorgane, die sich als unnötig erwiesen. Gänzlich unerwartet und niederschmetternd war jedoch die Art der Beeinflussung der bestehenden pathologischen Veränderungen, die alles überstieg, was ich bisher in dieser Art gesehen habe. Mit phantastischer Schnelligkeit vergrößerten und vermehrten sich in diesem kurzen Zeitraum die beschriebenen Effloreszenzen. Das Gesicht des Pat. hatte jetzt das Aussehen einer typischen Facies leontina gewonnen, von dem die mit Papeln und Knoten übersäten Ohren als monströse Henkel abstanden. Diese kurz beschriebenen Veränderungen waren, beim Wiedersehen des Kranken, am 6. Tage nach Beginn der Joddarreichung, so charakteristisch für Lepra, daß kaum noch Zweifel an der Natur des Leidens bestehen blieben. Der über die Veränderung in seinem Aussehen merkwürdigerweise sehr erfreute Pat., der glaubte, daß das verabreichte Jod die ganze „Materia peccans" aus dem Organismus heraustreibe, gab noch an, daß sich auch sein Harnröhrenausfluß erneut stark vermehrt habe. Es besteht außerdem eine lebhafte Hyperämie der Konjunktival- und Nasenschleimhaut bei leichtem Frontalkopfschmerz und dem Gefühl ausgeprägter Mattigkeit. Ein Temperaturanstieg konnte nicht festgestellt werden.

Digitized by Google

Die jetzt sofort vorgenommene komplementäre Untersuchung unter Erhebung des vernachlässigten Nervenstatus ergab das Bestehen umfangreicher anästhetischer Gebiete und ausgeprägte, multiple, spindelförmige Verdickungen peripherer Nervenstränge an der linken Unterextremität. Jeder weitere Zweifel wurde behoben durch die bakterioskopische Untersuchung des Nasen- und Urethralsekretes sowie des durch Skarifikation gewonnenen Gewebssaftes einer Ohrpapel. Sie ergab in allen Ausstrichen große Mengen säurefester Stäbchen in der für Leprabazillen gewöhnlichen Anordnung. Im Harnröhrenausstrich lagen Haufen Hansenscher Bazillen in großen mononukleären Zellelementen eingeschlossen.

Nach erfolgter Mitteilung der diagnostischen Bedeutung des erhobenen Befundes an den Pat. erklärt dieser sofort erregt, daß er auf jede weitere ärztliche Behandlung verzichtet, da er davon überzeugt sei, daß Fachmediziner keine Lepra zu heilen vermöchten. Er würde deshalb einen durch seine Wunderkuren berühmten Empyriker im Innern des Staates Minas Geraes aufsuchen, um dort von seinem Leiden befreit zu werden. Der Pat. war Gegenvorstellungen nicht zugänglich und führte seinen Entschluß tatsächlich durch. 8 Monate später erschien er unerwartet erneut in meiner Sprechstunde, um mich um Feststellung seiner angeblich völligen Heilung zu ersuchen. Tatsächlich waren die ihn so entstellenden Leprome am Kopfe fast restlos verschwunden; im übrigen bestanden jedoch noch so viele andere lepröse Veränderungen am Rumpf und an den Unterextremitäten, daß von einer Heilung nicht die Rede sein konnte. Der Harnröhrenausfluß schien tatsächlich tariert zu sein. Unbefragt erzählt der angeblich Geheilte, daß er 6 Monate in ununterbrochener Behandlung gestanden hätte und sich während dieses Zeitraumes ausschließlich von wenig reifen Bananen und Inhame ernährt habe (Inhame ist das knollenförmige Rhizom einer eßbaren brasilianischen Diascorea). Außerdem hatte er verschiedene Kräuterabsude mit ausgeprägt diaphoretisch-diuretischer und purgativer Wirkung erhalten und sei allnächtlich ausgeräuchert und zum Schluß mit Fetten suspekter Provenienz eingerieben worden (angeblich Schlangen- und Alligatorfett). — Meine Weigerung, ihm seine angebliche Heilung zu bescheinigen, veranlaßte ihn, in unfreundlicher Weise seine Beziehungen zu mir abzubrechen. Ich habe ihn nicht wiedergesehen und auch nichts über sein späteres Schicksal in Erfahrung gebracht.

Ein Fall von Lepra mixta, unter Vorwiegen von Hauterscheinungen, wird 4 Jahre hindurch von zahlreichen Ärzten als Syphilis angesehen und erfolglos behandelt. Die an der linken Unterextremität lokalisierten neurotrophischen Erscheinungen werden als variköser Symptomkomplex diagnostiziert; ebenso wird ein durch Hansensche Bazillen verursachter Harnröhrenausfluß als gonorrhoischer Natur aufgefaßt. Erst die Verabreichung von Jodkali in relativ hoher Dosis klärt die Situation infolge der hierauf einsetzenden rapiden Verschlechterung aller Symptome. Es gelang nunmehr auf bakteriologischem Wege die Ursache der Erkrankung festzustellen.

Aus dem Krankenhaus „Sanatorium Bergstücken" Neubabelsberg-Berlin
(Dirig. Arzt: Dr. E. v. Chrismar)

Atypische Lokalisation bei Erythema exsudativum multiforme

Von

E. A. Burmeister, Assistenzarzt

Die relativ seltenen Erscheinungen von Erythema multiforme im Munde und an den Lippen bereiten diagnostisch erst Schwierigkeiten, wenn sie isoliert, also nicht in Begleitung von Hauteffloreszenzen auftreten sollten, da differentialdiagnostisch Pemphigus u. a. erst auszuschließen wären. Wie wenig häufig hierbei Munderscheinungen überhaupt sind, erkennt man aus den Zahlen, die kürzlich Ustinowski an Hand von 495 Fällen

Digitized by Google

mitteilte. Es fand sich Erythema multiforme an Hand- und Fußrücken, Unterarmen und Unterschenkeln bei 78%, im Gesicht und am Hals bei 38%, an Mundschleimhaut und an den Konjunktiven bei weniger als 1% davon befallenen Kranken.

Außerdem kommen noch andere Lokalisationen des Erythema multiforme in Frage, z. B. auf der Vaginalschleimhaut und der Portio, wie sie von Holzschuh beschrieben wurden, während Urban ein Mitbefallensein der Urethra beim Manne beobachten konnte. Butler sah nach vier voraufgegangenen Attacken von Erythema multiforme isoliertes Auftreten an der Mundschleimhaut, welche Randak tagelang zunächst isoliert befallen sah, ehe ein Ausbruch auf der Haut erfolgte. Neben Mundercheinungen wurden solche auf der Glans penis von Brünauer und später von Urban mitgeteilt, Beobachtungen, die wir ebenfalls bei 2 Kranken machen konnten. Hierbei war der eine besonders bemerkenswert, da außer Erscheinungen auf der Mundschleimhaut und an der Glans die übrige Körperhaut vollkommen frei war.

Emil M., 23 Jahre, Arbeiter. Anamnese: Außer Go. keine ernstliche Erkrankung voraufgegangen. Arzneien waren nicht eingenommen worden. Letzter C. vor 14 bzw. 21 Tagen. Vor 14 Tagen Schwellung der Lippen, nachdem ziehende Schmerzen in den Knien wenige Tage voraufgegangen waren.

Befund: Mittelkräftiger Mann in gutem Ernährungszustande.

Die Lippen — besonders die Unterlippe — zeigen starke druckschmerzhafte Schwellung mit polyzyklisch verlaufenden, oberflächlichen fetzigen Veränderungen der Schleimhaut von rötlichem Untergrund, die beim Abheben von Epithelresten leicht bluten. Im Munde, der sich nur schwierig und unter Schmerzen öffnen läßt, finden sich auf der Wangenschleimhaut ähnliche Erscheinungen mit teilweise mehr aphthösem Charakter.

Drüsen: Submaxillar mäßig dolent und mittelstark geschwollen. In der Leiste: o. B. Auf der Glans linsen- bis pfenniggroße oberflächliche, leicht blutende Veränderungen, die teils mehr weißlich aussehend, girlandenförmig ineinander übergehen. Spir. pall. Ø, WR Ø, SGR Ø, Urin: Alb. Ø, Sacch. Ø; kein Fieber; im Präparat: keine Streptobazillen; Überimpfung auf die Bauchhaut: nicht angegangen.

Haut: Keinerlei Pigmentationen (die auf vorausgegangene Attacken schließen lassen). Auf der Streckseite der Oberarme angedeutet: Cutis marmorata.

Therapie: Halbstündlich Mundspülungen mit warmem Kamillentee; mehrmals täglich Penisbäder in heißer Kali permang.-Lösung, in der Zwischenzeit Pudern der Glans mit Jodoform. Innerlich: Acid. salicyl.

Verlauf: Nach 10 Tagen sind die Erscheinungen der Glans abgeheilt. Der Mund läßt sich wieder gut öffnen; die Erosionen heilen nach den Mundwinkeln hin ab und überhäuten sich rasch. Submaxillardrüsenschwellung in raschem Rückgehen befindlich. Patient kann nach weiteren 2 Tagen mit noch unbedeutenden geringen Erosionen im Munde entlassen werden. Hauterscheinungen waren nicht mehr hinzugetreten, auch war eine Cutis marmorata nicht mehr sichtbar.

Bei unserem zweiten Falle waren die Manifestationen ähnlich; außerdem waren Skrotalhaut sowie Brust, Rücken und Hals mitergriffen in typischen Effloreszenzen, so daß die Diagnose keine Schwierigkeiten machte.

In beiden Fällen trat verhältnismäßig rasche Heilung ein, wir schlossen daher bei dem Krankheitsbild mit fehlenden Hauterscheinungen diagnostisch in Frage kommenden Pemphigus sowie Dermatitis herpetiformis aus, denn im Gegensatz zu den Effloreszenzen dieser Krankheiten waren die Erosionen hier zu oberflächlich, und die Überhäutung erfolgte zu schnell, also Symptome, die Lukasiewicz u. a. als charakteristisch für Erythema multiforme bezeichnen.

Auf Grund unserer Beobachtungen glauben wir 2 Fälle von typischem Erythema multiforme der Mundscheimhaut vor uns zu haben, trotzdem wir uns der heute meist vertretenen Ansicht nicht verschließen, daß ein solitäres Erythema multiforme der Mundschleimhaut einwandfrei zu bestimmen kaum möglich ist.

Literatur

Butler, Arch. of Derm. a. Syph., 1922, Bd. 6, Nr. 1. — Randak, Ber. d. Wien. Derm. Ges. v. 26. X. 1922. — Brünauer, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 142, Nr. 2. — Urban, Börgyógyászati. urol. es venerol. szem., 1924, Jahrg. 2, Nr. 3. — Holzschuh, Zbl. f. Gyn., 1925, Jahrg. 49, Nr. 1. — Ustinowski, Moskov. medizin. zurnal, 1926, Jahrg. 6, Nr. 11. — Zinsser, Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes. — Friebors, Atl. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1928. — Jadassohn, Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1928.

Digitized by Google

Aus der Dermatol. Klinik des Allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. RITTER)

Zur Färbung pathogener Pilze

(Bemerkung zu der Arbeit von HEIDEGGER in Nr. 32 dieser Wochenschrift)

Von

Dr. C. L. KARRENBERG,

Sekundärarzt der Klinik und Leiter des Pilzlaboratoriums

HEIDEGGER empfiehlt als „verhältnismäßig einfache" Methode der Darstellung von Pilzen in Paraffinschnitten, Zupfpräparaten und Kulturen die Färbung mittels Methylgrün-Pyronin und gibt genauere Details zu ihrer Ausführung je nach der Art des Ausgangsmaterials. Für Paraffinschnitte ist diese Färbung zum Nachweis von Pilzen schon immer verwandt worden (siehe GANS, Histologie usw., Bd. 2, S. 63); zur Färbung der Organismen im Ausgangsmaterial und in Kulturpartikelchen steht uns eine gegenüber den HEIDEGGERschen Vorschriften wesentlich einfachere und auch vorteilhaftere Methode zur Verfügung, deren wir uns seit längerer Zeit bedienen, nämlich die Färbung nach HAMMERSCHMIDT (Arch. f. Hyg., 1921, Bd. 90, H. 1/2, S. 1), bei der das von französischen Autoren bereits früher verwandte Bismarckbraun (das HCl-Salz des 3,2', 4'-Triamidazobenzols) als Farbstoff dient.

Vorbereitung des Materials: Schuppen bzw. Haare oder Kulturpartikelchen werden auf einen tunlichst entfetteten Objektträger gebracht, dem man einen zweiten Objektträger sanft andrückt, so daß das zwischen beiden liegende Material leicht zerquetscht wird. Damit diese Prozedur nicht allzu heftig vorgenommen zu werden braucht und somit das Ausgangsmaterial nicht allzusehr beeinflußt wird, empfiehlt es sich im Interesse des Erhalts übersichtlicher Präparate, möglichst kleine Partikelchen des Ausgangsmaterials zu verarbeiten. Kommen Haare zur Untersuchung, so werden sie mittels Pinzette in die einzelnen Flüssigkeiten getaucht, vor allem längere Zeit in die zuerst zu verwendende.

Ausführung der Färbung: Vorsichtiges Überschichten des Materials auf den wagerecht liegenden Objektträgern mit CARNOYscher Flüssigkeit von folgendem Rezept:

Eisessig	10 ccm
Alcohol. absol. . . .	60 ccm
Chloroform	30 ccm

Die Überschichtung kann mehrere Male wiederholt werden; die Flüssigkeit bewirkt, daß kleinere Partikelchen an dem Objektträger kleben bleiben. Lufttrocknung. Überschichtung oder, wenn die Partikelchen der Glasfläche sehr fest anhaften, Verbringen des ganzen Objektträgers in 70%igen Alkohol, von da aus in Wasser. Ohne Trocknung Überschichten bzw. Verbringen der Träger in eine gesättigte wäßrige Bismarckbraunlösung, die zweckmäßigerweise vor Gebrauch zu filtrieren ist. (HAMMERSCHMIDT gibt in seiner Originalarbeit keine Konzentration der zu verwendenden Farbstofflösung an; uns bewährte sich am besten die obenerwähnte Lösung.) Dauer des Aufenthaltes der Farblösung etwa 10—15 Minuten. Vorsichtiges Abspülen mit Wasser, Lufttrocknung (oder auch aufsteigende Alkoholreihe), Xylol, Kanadabalsam, Dauerpräparate.

Mittels dieser Färbung erhält man im allgemeinen sehr instruktive Bilder, die, wie auch HAMMERSCHMIDT angibt, alle wünschenswerten Einzelheiten erkennen und sich z. B. als Demonstrationspräparate in Kursen usw. verwenden lassen. Sehr gut eignen sich zum Einstudieren der Färbung die Schuppen von einer Pityriasis versicolor.

Gegenüber der HEIDEGGERschen Färbung hat die HAMMERSCHMIDTsche mancherlei Vorteile, so z. B. braucht das Nativmaterial nicht in der Farblösung gekocht und in Glyzeringelatine eingebettet zu werden, man bekommt Dauerpräparate, und die bei richtiger Technik erhaltenen Bilder sind für den Mykologen mindestens genau so instruktiv, wie bei der Färbung mit Methylgrün-Pyronin.

In seinen „Teignes" erörtert SABOURAUD die Frage der gefärbten Präparate und kommt im wesentlichen zu einer Ablehnung jeglicher Färbung des direkten Pilzpräparates. Lediglich zum Studium gewisser Details, die beim KOH-Präparat nicht genügend her-

Digitized by Google

vortreten, sollen sie herangezogen werden, so z. B. nach SABOURAUD zur Darstellung der „subdivisions transversales des rubans mycéliens". Diesem Grundsatz kann man auch heute noch unbedenklich zustimmen; färberische Methoden sind lediglich zur Unterstützung da, und die mit ihnen erzielten Darstellungen weichen nur wenig oder fast gar nicht von den mit KOH behandelten Präparaten ab.

Von besonderer Wichtigkeit wären die Färbemethoden nur dann, wenn mit ihrer Hilfe bei Fällen, in denen wenig Pilze vorhanden sind (tiefe Trichophytie, ekzematisiertes Eczema marginatum usw.) oder in denen man die Pilze im allgemeinen nur schwer zu Gesicht bringen kann (Erythrasma), durch die gegenüber den Schuppen usw. kontrastierende Färbung die Pilze leichter aufgefunden werden könnten wie bei der Behandlung mit KOH. Vergleichende Untersuchungen in dieser Richtung haben uns gelehrt, daß dies nicht der Fall ist oder aber nur in einem so geringen Prozentsatz, daß dadurch die Umstände, die doch immerhin die Anstellung der Färbung verursacht, nicht aufgewogen werden.

Dem Praktiker, dem es im wesentlichen auf den Nachweis von Pilzen überhaupt ankommt, steht als beste Methode immer noch die Behandlnng des Ausgangsmaterials mit Kalilauge zur Verfügung; der laboratoriumsmäßig und infolgedessen unter besseren Umständen arbeitende Mykologe wird gelegentlich auf färberische Darstellungen der Pilze nicht verzichten wollen; ihm sei in erster Linie die oben beschriebene Methodik empfohlen.

Zur Behandlung der akuten und chronischen Urethritis mit Formalindämpfen

Von

Dr. ROBERT ABIMELECH in Konstantinopel

Im Band 86, Seite 110 dieser Wochenschrift gab MONIS eine neue Behandlungsmethode der akuten und chronischen Urethritiden an, wobei er einige Krankheitsgeschichten aus seinen Fällen anführte. Diese Methode besteht aus dem Hineinblasen von Formalindämpfen in die Harnröhre.

In Ermanglung eines idealen Behandlungsmodus der gonorrhoischen und nichtgonorrhoischen Urethritiden waren wir verlockt, diese Behandlung zu versuchen.

Wir haben im März dieses Jahres 2 Gonorrhoekranke und 1 Fall von bakterieller Urethritis genau nach MONIS' Vorschrift behandelt.

Abgesehen von der unangenehmen Empfindung, worüber die Patienten klagten, zeigte der eine Gonorrhoekranke gleich am folgenden Tage ein starkes Ödem der Vorhaut mit Ferminalblutung; der zweite Kranke bekam eine schwere Epididymitis, während der Urethritiskranke ebenfalls Ödem und Verschlimmerung seines Zustandes erwies.

DOBRINSKI (diese Wochenschrift Nr. 33), welcher dieses Verfahren versuchte, gelangte zu demselben negativen Resultat.

In Anbetracht der unangenehmen Nebenerscheinungen scheint uns diese Methode, speziell für die ambulante Praxis, nicht nur ungeeignet, sondern direkt bedenklich.

Bemerkung zu dem Aufsatz von Oberregierungsrat Dr. BREGER: „Die Auswirkung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom hygienischen Standpunkt"[1])

Von

Prof. Dr. MAX FLESCH in Hochwaldhausen

Die Auswirkungen des Gesetzes z. B. d. G. lassen sich einstweilen noch nicht übersehen; kaum je dürfte es sogar schwerer gewesen sein, eine Prognose über die Folgen eines grundlegenden Gesetzes zu stellen, als hier, wo einerseits durch den

[1]) Derm. W., 1928, Nr. 26.

Digitized by Google

Kompromißcharakter des Gesetzes viele Unklarheiten der Auslegung im einzelnen zu überwinden sein werden, andererseits mangels eines Vorbildes ein Anhalt für das zu erwartende fehlt. Um so wichtiger ist es, zu vermeiden, daß sich vollziehende Änderungen im Ablauf des hygienischen Geschehens ohne weiteres als Auswirkungen des Gesetzes angesehen und dementsprechend vielleicht überwertet werden.

Das dürfte vielleicht auch bezüglich einer Stelle des BREGERschen Aufsatzes gelten: Hier ist es aber wegen der hervorragenden Stellung des verdienten Autors doppelt wichtig, von vornherein den möglichen Zweifeln Ausdruck zu verleihen. BREGER: „In den letzten drei Berichtsjahren hat bei den Männern die Zahl der Bestrafungen zugenommen, während sie gleichzeitig bei den Frauen zurückging. Es ist dies ein Beweis dafür, daß die Strenge des Gesetzes bei beiden Geschlechtern immer mehr in gleichem Maße zur Anwendung kommt." Auf den ersten Blick erscheint das unanfechtbar. Aber bei näherem Zusehen wird man gewisse Bedenken nicht unterdrücken können. Die formale Einschränkung, daß das Gesetz selbst erst seit nicht ganz einem Jahr in Kraft getreten ist, mag beiseite bleiben: die in Betracht kommenden Bestimmungen waren, teilweise wenigstens, schon in der Notverordnung enthalten, die sogar seit 1918 bestand, so daß man darüber weggehen kann. Aber die von BREGER betonte Tatsache des Rückganges der Bestrafungen bei Frauen sollte zu denken geben: Es wird wohl nicht nur in Frankfurt dieser Rückgang, wie dort sogar in einer offiziellen Sitzung von dem Vertreter der Polizei erklärt worden ist, bei den Frauen darauf beruhen, daß absichtlich die Polizei schon vorher die Zügel lockerer gelassen hat, um zu zeigen, daß die Aufhebung der Reglementierung zu unerträglichen Zuständen führen müsse. Aber auch das ist nicht das wesentliche: Wichtiger ist wohl, daß sich überhaupt die Prostitution und damit die Beteiligung der Frauen an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten geändert hat, ganz unabhängig von Notverordnung und Gesetz. Der außereheliche Geschlechtsverkehr vollzieht sich heutzutage weit mehr in der Form des vorübergehenden Verhältnisses, so daß die Zahl der Prostituierten im alten Sinn, als mit einer Vielheit gegen Entgelt verkehrende Jüngerinnen der Venus vulgivaga, entschieden abgenommen hat. Zugleich aber gibt diese neuere Form des Geschlechtslebens in Verbindung mit der zunehmenden Aufklärung auch der Frauen öfter als vorher Gelegenheit, daß der infizierende Mann zur Anzeige gebracht werden kann. Daß, wie dies BREGER verlangt, die Durchführung der Meldungen nach den Bestimmungen des Gesetzes seitens der Ärzte viel zur Gleichstellung der Geschlechter beitragen wird, sei damit nicht in Zweifel gezogen. Hoffentlich wird diese mögliche gute Wirkung nicht dadurch in Frage gestellt, daß die Furcht vor der Meldung Kranke aus der ärztlichen, allein offenstehenden Behandlung in die Selbst- oder gar Nichtbehandlung treibt.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1928, Bd. 79, H. 3

XXIV. Riunione della società Italiana di dermatologia e sifilografia

(24. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidographie)

Rom, 2.—4. April 1928

(Schluß)

30. G. Falchi: **Der Grundumsatz in der Dermatologie** (Il metabolismo basale in dermatologia). Vortragender besprach Physiologie und Pathologie des Grundumsatzes; dann die Ursachen, die ihn beeinflussen können, die Bestimmungsmethoden, den Normalwert bei beiden Geschlechtern und in der Kindheit, die besonderen physiologischen Verhältnisse, welche von Einfluß sind, die Beziehungen zur Ernährung, die Wirksam-

Digitized by Google

keit von Medikamenten, endokrinen Stoffen und physikalischen Mitteln, die Verhältnisse beim kranken Menschen und schließlich dieselben in der Dermatologie. Hierauf folgt der Bericht über eigene Untersuchungen. Diese betrafen Akne, Ekzem, ein pellagroides, rezidivierendes Erythem, Porokeratose, Kaposisches Sarkom, rezidivierende Erythrodermie nach Psoriasis, Alopecia totalis, Psoriasis, Hauttuberkulose, Sklerodermie, Lepra und Syphilis. Auf Grund dieser Untersuchung wird der Satz vertreten, daß der Grundumsatz wegen der möglichen Genauigkeit seiner Bestimmung einen brauchbaren Koeffizienten für das Studium der Dermatosen abgibt; es empfiehlt sich, die Ausprüfung von A.D.S. anzuschließen. Die Versuchsergebnisse des Vortragenden erlauben jedoch noch nicht, endgültige Schlüsse auf die Beziehungen zu den einzelnen Dermatosen zu machen; die Werte schwanken. Die Schwankungen der Zahlen sind nicht nur durch das Leiden zu erklären, sondern werden auch von der Person und den besonderen Bedingungen der Krankheitseinwirkung hervorgerufen. Daher kommt dem Grundumsatz ein absoluter Wert für die Diagnose der verschiedenen Hautleiden nur dann zu, wenn er bei der gleichen Krankheit und bei verschiedenen Personen gleichermaßen erhöht, erniedrigt oder normal ist und entsprechend Veränderungen des Hautleidens sich auch verändert.

31. E. Ciambelotti-Siena: **Wert und inhärente Irrtümer bei der Bestimmung des respiratorischen Quotienten und Grundumsatzes bei Hautkranken** (Autoreferat) (Valore e costanti di errore nella determinazione del Quoziente respiratorio e del Metabolismo basale nei dermopatici [Autoriassunto]).

32. A. Crosti-Mailand: **Beobachtungen und Untersuchungen über den Grundumsatz in der Dermatologie** (Osservazioni e ricerche sul metabolismo basale in dermatologia). Die Untersuchungen erstreckten sich auf 50 Fälle der verschiedensten Hautkrankheiten. Sie erlauben den Schluß, daß die M.B.-Bestimmung in manchen Fällen von Wert sein kann, wenn sie das einzige oder beste Mittel ist, um Organdysfunktionen aufzuhellen, besonders solche endokriner Natur, welche im Einzelfall pathogenetischen Wert besitzen und einen therapeutischen Fingerzeig geben. Scheinbar gibt es keine Dermatosen, welche immer mit Erhöhung oder Verminderung des M.B. einhergehen. Im allgemeinen kann man in Anbetracht der größeren Schwankungen, welche noch als physiologisch erachtet werden müssen, sagen, daß wirkliche Veränderungen des M.B. bei anderweitig gesunden Hautkranken nicht häufig sind. Häufiger findet man da eine Beeinflussung von Hautkrankheiten durch alterierten Stoffwechsel als das umgekehrte. Meist ist es sehr schwer, das Hautleiden als Ursache bemerklicher Veränderungen des Energieumsatzes nachzuweisen. Denn bei allen generalisierten Dermatosen ist M.B. fast immer normal, die Veränderungen und die Heilung der Hautkrankheiten führt an sich nicht zu abschätzbaren Abweichungen, und auch ausgedehnte Hautentzündungen beeinflussen, solange sie nicht evidente organische Störungen hervorrufen, den Gasstoffwechsel nicht anders als vorübergehend. Immerhin beobachtet man manchmal bei der Heilung deutliche Erniedrigungen gegenüber der Norm, nachdem vorher eine Erhöhung bestanden hatte. Hier ist, wenn schwere organische Störungen auszuschließen sind, daran zu denken, daß ein ursprünglich vorhandener Reiz in Wegfall gekommen ist. Ganz abgesehen von dem Einflusse von Jucken, Schwitzen und Frösteln, wird der Reiz anscheinend durch die Einwirkung resorbierter krankhafter Stoffe der Haut auf die vegetativen Zentren, viel mehr als durch die gesteigerten Verbrennungsprozesse und Temperaturerhöhungen bedingt. Trotz der unzweifelhaften Vermehrung des Hautstoffwechsels bei vielen Dermatosen kommen die erhöhten Verbrennungsprozesse gegenüber der ungeheueren Masse der übrigen Zellatmung des Körpers nicht in Rechnung, die Methoden des Nachweises sind zu unvollendet und die Werte zu schwankend.

33. B. Sparacio: **Der Grundumsatz in der Dermatologie** (Kurze Zusammenfassung) (Il metabolismo basale in dermatologia (Riassunto). Untersuchungen bei verschiedenen Hautkrankheiten. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Hautleiden und abnormem Metabolismus. Das ist kein Zufall, da die Abweichungen zu häufig gefunden werden und bei einigen Dermatosen mit besonderer Vorliebe. „Normaler" M.B. erlaubt nicht, eine endokrine Störung auszuschließen. Der Hinweis, daß Personen mit vermindertem Grundstoffwechsel Schilddrüsenbehandlung immer gut vertragen, ist von Wichtigkeit. Die Bestimmung des M.B. ist nicht zu unterlassen, da er verdeckte endokrine Störungen nachzuweisen erlaubt und bei Störungen des M.B. man zur Opotherapie greifen muß. Außer wo eine endokrine Dysfunktion ganz klar gegeben ist, sollte man diese ohne vorherige Bestimmung des M.B. und andere Untersuchungen nicht ausführen. Opotherapeutische Behandlungen auf gut Glück führen zur Diskreditierung der Methode.

Digitized by Google

Die Auswahl einer angepaßten Opotherapie ist oft schwer. Der M.B. wird vielleicht in der Dermatologie noch eine große Bedeutung erhalten, wenn es gelingt, das Dunkel, das bezüglich der Endokrinologie noch herrscht, aufzuhellen.

34. A. V. Ferrari-Turin: **Allergische und pharmakodynamische Reaktionen bei Lepra** (Reazione allergiche e reazioni farmacodinamiche nella lebbra). Spezifisches Antigen war ein sterilisierter Auszug aus Lepraknoten; aspezifische: Tuberkulin, Trichophytin, Pferdeserum und Gonargin. Intrakutane Injektionen. Mit spezifischem Material lebhafte, mit Tuberkulin nur langsame und schwache Reaktionen. Zu den pharmakodynamischen Lokalversuchen dienten Adrenalin, Pilokarpin und Atropin. Auch auf den anästhetischen Gebieten Pomphuserzeugung, dagegen völliges Fehlen eines erythematösen Hilus um die Reaktionsprodukte der Injektionen.

35. D. Luzzi-Bologna: **Beitrag zum Studium der präsenilen Hautveränderungen** (Contributo allo studio delle alterazioni presenili della cute). In der Haut der Alten fehlen fast so wie bei den Jungen selten die Degenerationsprodukte des Kollagens und Elastins. Besonders bevorzugt ist die Gesichtshaut mit ihrem Elastinreichtum, doch auch Hände, Hals und Kopfhaut. Es handelt sich hier um Normales, ohne Beziehung zu Hauttumoren. Alter und Atmosphäre haben kaum einen Einfluß auf seine Entstehung.

36. G. Manganotti-Florenz: **Erste Untersuchungen mit Filtraten von Hauttuberkulose** (Prime ricerche con filtrati di tuberculosi cutanea). Intraperitoneal geimpfte Meerschweinchen erkrankten zu erheblichem Teil an Tuberkulose.

37. M. Fraulini-Reggio Emilia: **Über die Anwesenheit des Wismuts in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis nervosa** (Sulla presenza del bismuto nel liquido cefalo-rachidiano nella sifilide). In den von Fraulini untersuchten Fällen — meist Paralytikern — konnte nach intramuskulären Einspritzungen von Bisiacol im Liquor Wismut nachgewiesen werden.

38. M. Artom-Novara: **Azidosis und Hautleiden** (Azidosi e dermopatie). Nur bei einigen kindlichen Hautleiden, welche man teilweise als Folgen von Konstitutionsabnormitäten betrachten kann, ist eine häufigere Veränderung der R.A. nach rechts oder links zu konstatieren gewesen. Die häufigen Schwankungen gingen parallel den Schwankungen des Hautbildes.

39. G. Bertaccini-Perugia: **Neue Untersuchungen über das Säure-Basengleichgewicht und die Alkalireserve im Blut bei einigen Hautleiden** (Nuove ricerche sull' equilibrio acido-base e la riserva d'alcali nel sangue in alcune dermapatie). Die Mittelwerte von R.A. sind bei Hautkrankheiten, bei welchen eine innere Ursache anzunehmen ist, erniedrigt. Besonders ist das beim akuten Ekzem der Fall, während artifiziell erzeugtes „Ekzem" hohe Werte aufweist. Chronische Ekzeme können sehr hohe Werte aufweisen. Zwischen Extensität und R.A. ließen sich keine Beziehungen feststellen. Schwankungen von R.A. und Veränderungen des Krankheitsbildes gehen nicht parallel. Azidose und Ekzem sind wohl die Folgen eines dritten.

40. F. Flarer-Pavia: **Beobachtungen über das Säure-Basengleichgewicht in der Haut. Die Alkalireserve** (Autoreferat) (Osservazioni sull' equilibrio acido-basico all' apparato cutaneo. La riserva alcalina [Autoriassunto]). Der Vortrag erscheint ausführlich an anderer Stelle.

41. P. A. Meineri-Florenz: **Über die örtliche Alkalireserve der Haut** (Sulla riserva alcalina cutanea regionale). Versuche an mit Blasenpflastern gewonnenen Blasen. Solches Hautserum besitzt eine geringere Alkalireserve als das Blut; Serum aus Hautblasen der Beine ein geringeres als solches vom Rücken. Angeblich große Bedeutung für die Dermatologie.

42. G. Sannicandro-Bari: **Die Blutalkalireserve bei der Syphilis. Einfluß der Arsenobenzolbehandlung** (La riserva alcalina del sangue nella sifilide. Influenza del trattamento arsenobenzolico). Die Syphilis führt weder in ihrem Verlauf, noch in ihren Folgen, noch auf Grund der Behandlung zu starken Schwankungen der Alkalireserven.

43. U. Cavallucci-Neapel: **Idiopathische Hautatrophie durch schwere pluriglanduläre Insuffizienz, vor allem der Schilddrüse** (Atrofia cutanea idiopatica da grave insufficienza pluriglandolare a predominanza tiroidea).

44. T. Scomazzoni-Mailand: **Beitrag zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophien** (Contributo alla conoscenza delle atrofie cutanee idiopatiche). Erster Fall:

Digitized by Google

typische Acrodermatitis atrophicans. Zweiter Fall: Atrophodermia idiopathica progressiva bei einem jungen Weib. Seit der Kindheit bestehender Fleck über der Schultergegend. (Makroskopische und mikroskopische Abbildungen.)

45. I. Cappelli-Florenz: **Über die Beziehungen zwischen Haut- und Eingeweidetuberkulose** (Sui rapparti fra tuberculosi cutanea e tuberculosi viscerale). Bericht über 450 Hauttuberkulosen (ohne Tuberkulide). Doppelt soviel Lupus bei Frauen als bei Männern. Tuberkulose in der Aszendenz oder der Familie bei einem Drittel. Bei etwas mehr vorhergehende tuberkulöse Prozesse. Beginn in der Kindheit mit 50%, in der Jugendzeit mit 20%. Nur in 10% begann der Lupus nicht im Gesicht. Bei einem Viertel konnte mit keiner Methode sonstige Tuberkulose nachgewiesen werden.

46. E. Freund-Triest: **Über einen diagnostisch äußerst schwierigen Fall. — Chronische Vergiftung mit Lysol** (Vorläufige Mitteilung) (Su un caso di dificilissima diagnosi. — Intossicazione cronica con lisolo? [Communicazione preventiva]). Unregelmäßig über Gesicht, Hals, Brust und Arme bei einer Wäscherin, die seit Jahren Lysol benutzte, zerstreute Knötchen bis zu Linsengröße von rötlicher Farbe. Histologisch: Hyperkeratose, perinukleäre Granulierung und Vakuolisierung im Stratum spinosum und basale. Die Basalzellen vielfach stark verlängert und pigmentiert. Perivasale Infiltration im Papillarkörper. Starke Atrophie des subkutanen Fettgewebes, Zerstörung der Schweißdrüsen durch kleinzellige Infiltrate, hyaline und zystische Entartung der Follikel, Atrophie der Haare und der Talgdrüsen. (Abbildungen.)

47. G. Jaja-Bari: **Goldbehandlung der Hauttuberkulose, Lepra und Psoriasis** (Auroterapia della tuberculosi cutanea, della lebbra e della psoriasi). Versuche mit den verschiedensten der üblichen Goldpräparate. Der Goldgehalt macht es nicht aus, sondern die chemische Konstitution. Thiosulfate und Aurosulfit erwiesen sich am wirksamsten. Die Thiosulfate sind wirksamer bei Lupus erythematosus als bei Knötchentuberkulose. Vom Lupus erythematosus sind die hyperkeratotischen Formen zugänglicher als die bloß erythematösen, ulzerierender Lupus zugänglicher als nicht ulzerierender. Dasselbe bei Lepra. Die Wirksamkeit der Thiosulfate auf Psoriasis ist unkonstant. Vergesellschaftung mit Arsenobenzolen erhöht die Wirkung nicht. 90% Erfolge mit Thiosulfaten bei Lupus erythematodes, 40% bei Lupus vulgaris nodularis, mit Krysolgan nur in 60 bzw. 3%. Von den Thiosulfaten dürfte Krysalbin die beste Wirkung haben. (Abbildungen.)

48. F. Leidi-Brescia: **Beitrag zum Studium der Boeckschen Hautsarkoide** (Contributo allo studio dei sarcoidi cutanei di Boeck). Ausgedehnte Knötchenform des Leidens bei einem Säugling. Rasche Spontanheilung. Histologisch: Fast völliges Fehlen von Bindegewebszügen im infiltrierten Bezirk; keine alveoläre Anordnung des letzteren. In den größeren Knötchen massenhaft Riesenzellen, Spärlichkeit in den kleineren. Dort auch Haufen von polynukleären Eosinophilen. Scheinbar keine Beziehung zur Tuberkulose. Fall nicht identisch mit dem Lymphogranuloma benignum Schaumann. (Abbildung.)

49. F. Maccari-Siena: **Purpura und Tuberkulide** (Porpore e tuberculidi). 1. Fall: Purpura bei Lichen pilaris und deutlichen tuberkulösen Zeichen. 2. Fall: Vergesellschaftet mit Skorbut. Untertätigkeit der Nebennieren bei einem Tuberkulösen mit Hypovitaminose und chronischer exogener Intoxikation.

50. D. Majocchi-Bologna: **Ist die Purpura annularis teleangiectodis ein Tuberkulid?** (La purpura annularis teleangiectodes è una tuberculide?). Die klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde lassen daran denken, daß das Leiden zu den Tuberkuliden gehört.

51. A. Oro-Neapel: **Beziehungen zwischen Lupus erythematosus und Tuberkulose** (Rapporti tra lupus eritematoso e tuberculosi). Mit dem gesamten Rüstzeug der diagnostischen Methoden ausgeführte Untersuchungen konnten in 92,7% die Tuberkulose sicher nachweisen, in 6,36% war sie wahrscheinlich, nicht auffindbar nur in 1%. Besonderer Wert ist auf die Röntgendurchleuchtung zu legen.

52. F. Radaeli-Genua: **Über einen Fall von schleichender Erbsyphilis mit lupiformen Hauterscheinungen** (Sopra un caso die sifilide ereditaria tardiva con manifestationi cutanee lupiformi).

53. G. Segrè-Mailand: **Atypisches Granuloma anulare oder zentrifuges, atrophisierendes Sarkoid?** (Granuloma anulare atipico o sarcoide centrifugo atrofizzante?). Abbildung.

Digitized by Google

54. R. Casazza-Pavia: **Creeping disease und Pseudoskabies durch Larven von Coccidae** (Creeping disease e pseudoscabbia da larve di Cocciniglia). Die Arbeit erscheint ausführlich im Bolletino della Società medico-chirurgica di Pavia.

55. G. Falchi-Pavia: **Hauthyphomykosen** (Ifomicosi cutanee). Die Arbeit erscheint ausführlich anderswo.

56. A. Radaeli-Genua: **Über zwei Fälle von interdigitaler Blastomykose** (Sopra due casi di dermatite interdigitale blastomicetica).

57. G. Lanteri: **Peculiari forme riproduttive (processo di divisione per strozzamento) della Leishmania tropica in un caso di Bottone d'Oriente.** Vortragender beobachtete an den Wrigthschen Körperchen einer Orientbeule Bilder, welche er als den Ausdruck von Teilungen durch Einschnürung senkrecht auf die Achse ansieht. (Abbildung.)

58. P. Tarchini und M. Mastrocola-Bologna: **Über einen Fall von Blastomykose** (Vorläufige Mitteilung) (Sopra un caso di blastomicosi [Nota preventiva]). Schwere Zerstörungen an der Nase.

59. G. Tornabuoni-Pisa: **Über die menschliche Pseudobotryomykose** (Sulla pseudobotriomicosi umana). Die Wiederholung der Versuche Baloga, Pseudobotryomykose experimentell zu erzeugen, ist dem Vortragenden nicht geglückt. Aus Untersuchungen an einer Reihe von Fällen menschlicher Pseudobotryomykose zieht er den Schluß, daß von den mannigfaltigen Theorien über Ätiologie und Pathogenese die einzelne wohl den und jenen Fall, aber nicht die Gesamtheit der klinischen Bilder zu erklären vermag.

60. L. Nardelli-Trient: **Die Blutgruppen bei den Hautkrankheiten** (I gruppi sanguigni nella dermatosi). Untersuchungen an 262 Hautkranken (120 Kontrollen an Gesunden). Eine größere Anzahl von Kranken stellten an Ekzem, seborrhoischem Ekzem, Psoriasis, Acne juvenilis, Akrozyanose, Hauttuberkulose und Lupus erythematodes Leidende dar. Resultat: Zwischen Blutgruppenzugehörigkeit und bestimmten Hautkrankheiten lassen sich keine Beziehungen feststellen. Das Verhältnis der Gruppen ist wie bei der gesunden Trientiner Bevölkerung.

61. F. Narducci-Perugia: **Untersuchungen über die Blutgruppen bei den Hautkranken** (Ricerche sui gruppi sanguigni nei dermopazienti). Dieser Vortragende will im Gegensatz zum vorhergehenden an einem allerdings nicht überwältigend großen Material gefunden haben, daß bei chronischem Ekzem deutlich ein leichtes Prävalieren der Gruppe I (O, $\alpha + \beta$) über Gruppe II (A, β) und ein bedeutendes Überwiegen beider Gruppen über III (B, α) und IV (A + B, O) zu beobachten sei. Bei Psoriasis überwiege Gruppe II (Pöhlmann: Gruppe I). Beim akuten Ekzem überwiege Gruppe II.

62. T. Venturi-Florenz: **Beobachtungen über die Hautallergie in der Infektion durch den Streptobazillus Ducrey** (Osservazioni sull' allergia cutanea nell' infezione da streptobacillo di Ducrey). Mit Dmelkos angestellte Versuche. Aspezifische Reaktion nur in 1%. Positive Reaktionen noch 25 Jahre nach Erwerbung eines Ulkus. Wichtiger für die Lehre der Hautimmunität als für Diagnose und gerichtliche Medizin.

63. G. Armuzzi-Padua: **Allergische Erscheinungen bei der Ansteckung mit dem Streptobazillus Ducrey** (Autoreferat) (Fenomeni allergici nell' infezione da streptobacillo di Ducrey [Autoriassunto]). Intrakutanapplikation von Nicolle gibt kräftigere Reaktionen als Impfung mit Buboneneiter. Positiver Ausfall so gut wie immer bei Kranken und Geheilten (selbst nach 40 Jahren). Bei nie infiziert gewesenen fast nie Reaktion, und wenn, leicht. Nur selten höhere Temperatursteigerungen. Nie Beteiligung der benachbarten Lymphdrüsen. Zum Zustandekommen der Reaktion genügen noch Verdünnungen von Dmelcos von 1:1000—10000, von Eiter 1:100—1000. Der Versuch, die Überempfindlichkeit auf andere zu übertragen, schlug fehl. Mit Dmelcos gemischtes Serum Allergischer vermindert auch innerhalb 24 Stunden nicht die Wirksamkeit des Antigens.

64. V. Leigheb-Genua: **Experimentaluntersuchungen über die Vergiftung mit Thallium** (Ricerche sperimentali sulla intossicazione da tallio). Akute und subakute Thalliumvergiftungen bei Tieren. Ergebnisse größtenteils schon bekannt. Empfindlichkeit der Versuchstiere verschieden stark; daher schwankende Resultate hinsichtlich Vergiftung und Alopezie. Bei den vergifteten Tieren mäßige Atrophie von Haut und Unterhautzellgewebe, der Schweiß- und Talgdrüsen, Degeneration an Papillen und Haarwurzelscheiden. Entzündliche, ödematöse und katarrhalische Prozesse an den Lungen. Magen,

Digitized by Google

Darm und Nieren sind schwer ergriffen. Veränderung des Blutbildes. Degeneration, Hämorrhagien oder Kongestionen an den Drüsen mit innerer Sekretion, dem Gehirn und seinen Häuten. Besondere Bedeutung besitzt die starke Störung der innersekretorischen Tätigkeit. Schädlicher Einfluß auf die Zeugungskraft.

65. A. Pozzo-Udine: **Einfache hyperplasierende Dermatitis der Vorhaut oder Dermatitis praecancerosa?** (Dermatite iperplastica semplice del prepuzio o dermatite precancerosa?). Mikroskopische Abbildungen.

66. C. Lombardo-Pisa: **Histochemische und toxikologische Untersuchungen über einige Bleipräparate** (Ricerche istochimiche e tossicologiche su alcuni preparati di piombo). Bei mit Bleipräparaten verschiedener Art behandelten Tieren hat Vortragender Bildungen von hyalinem Aussehen in verschiedener Größe in den Kupferschen Sternzellen und den Nierenkapillaren gesehen, welche eine gewisse Zeit sicher hielten. Hierzu diente ihm Behandlung der Organschnitte mit Schwefelwasserstoff. Es handelt sich also um schwerlösliche Bleisalze, vermutlich Phosphorverbindungen.

67. V. Barbaglia-Sassari: **Der Fettstoffwechsel in einigen Fällen von Psoriasis** (Il ricambio dei grassi in alcuni casi di psoriasi). Bestimmung aus dem Stuhl und dem Blut. Normale Fettverdauung im Stuhl. Verringerung der Fettsäuren im Blut; bei einem Falle ausgedehnter Psoriasis am deutlichsten.

68. G. Armuzzi-Padua: **Experimenteller Beitrag über die Rhus-Dermatitis** (Autoreferat) (Contributo sperimentale sulla dermatite da Rhus toxicodendron [Autoriassunto]). Die Arbeit erscheint ausführlich an anderer Stelle.

69. F. Bonaduce-Bari: **Beitrag zum Studium der Abwehrvorgänge der Hautimmunität bei den Pyodermien** (vorläufige Mitteilung) (Contributo allo studio delle difese immunitarie cutanee nelle piodermiti [Nota preventiva]). Behandlung von 40 Kindern, welche an Impetigo contagiosa erkrankt waren, mit Umschlägen der Vakzine Antipiol. Rascheste Abheilung und Verschwinden der Eitererreger. Bei 68 Kindern mit Impetigo Bockhart erwies sich die Vakzine Propidex wirksam. Bei 20 Furunkeln Erwachsener haben Einpackungen mit Serum Gremy und einem polyvalenten Filtrat nach vorübergehender Reaktion Heilung gebracht. Bei 18 Fällen von Eczema impetiginosum auf seborrhoischer Basis Erfolg durch Antipiol. Auch bei exsudativer Diathese, Ekzem, Zoster und Geschwüren Wirksamkeit von Antipiol und Propidex. Tierversuche: Erfolgt bei mit Vakzine eingeriebenen Kaninchen am Tage nach der Einreibung die Impfung, so geht nichts auf, wenn nach 10 Tagen, so ist der Verlauf ein gutartiger. Erkrankte Tiere heilen unter Antipiol. Entsprechend sind auch bei vorbehandelten Tieren keine wesentlichen Hautveränderungen zu sehen gewesen.

70. L. Cattaneo-Mailand: **Erythrodermia pitiriasica lichenoide pigmentaria** (Nota clinica ed istologica). Der Fall ist ohne Parallele in der Literatur. Im Vordergrund steht eine allgemeine Erythrodermie. Daneben besteht eine Parapsoriasis lichenoides, die sich auch auf den Kopf ausgebreitet und zu Pigmentierungen geführt hat. (Abbildungen).

71. L. Levi-Triest: **Beitrag zum Studium der Pathogenese der Keratosis spinulosa** (Contributo allo studio della patogenesi della cheratosi spinulosa). Entwicklung des Leidens einige Monate nach dem Überstehen eines Salvarsanerythems auf den befallenen Stellen. (Photogramme und mikroskopische Abbildungen.)

72. A. Palvarini-Mantua: **Rendiconto di pratica radioterapica (biennio 1926/1927) Principii e tecnica.**

73. G. Rossi-Padua: **Hautsarkomatose** (Sarcomatosi cutanea).

74. G. Mariani-Bari: **Über den Mechanismus der Abwehrtätigkeit der Haut** (Sui meccanismi di difesa cutanea). Der Vortrag erscheint in extenso im Giornale Italiano.

75. A. Crosti-Mailand: **Beobachtungen über die Bowensche Dermatose und die Epitheliome vom Typus Paget Dariers** (Osservazioni sulla dermatosi precancerosa di Bowen e gli epiteliomi tipo pagetoide di Darier). Aus zwei einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterworfenen Fällen (Abbildungen) zieht der Vortragende folgende Schlüsse: Unter den gutartigen oberflächlichen Epitheliomen der Haut sind zwei Grundtypen festzustellen. Der eine Fall entspricht dem sogenannten pagetoiden Epitheliom Dariers und all den anderen oberflächlichen basozellulären Epitheliomen (Epithelioma erythematoides von Little, multiple Karzinoide, Adamsonsches multiples Ulcus rodens), zwischen welchen keine klinischen oder anatomischen Unterschiede bestehen. Ihnen allen ist ein epitheliomatöser Prozeß eigen mit Tendenz zu frühzeitiger

Digitized by Google

PROPERTY OF RESEARCH LABORATORIES

Infiltration der Haut, meist mit dem Charakter des Basalzellenkrebses, indem scharf umschriebene Epithelknospen sich in die Papillar- und die darunter gelegene Schicht einsenken. Äußerst langsame Entwicklung oder jahrelanges Beharren. Infiltration im Nachbargewebe mit Tendenz der Einkapselung. Von der Wucherung der Basalzellen abgesehen, kommt den Epithelveränderungen bei dieser Form, soweit sie überhaupt vorhanden sind, nur ein sekundärer Charakter zu. Es handelt sich von Anfang an um einen Prozeß mit krebsiger Tendenz durch die atypische Zellwucherung und das frühzeitige Eindringen in das Bindegewebe, eine Art Basalzellenkrebs von besonderer Symptomatologie, selten weitergreifend und nicht oft beobachtet. Der andere Typus ist durch die echten präkanzerösen Formen charakterisiert. Hierher gehört der Morbus Bowen: Atypische Epithelwucherung, welche lange die Grenzen der Epithelschicht nicht überschreitet. Entwicklung oberhalb des Stratum basale („Epithelioma intra-epidermicum"). In der Kutis keine Epithelzapfen, sondern nur „entzündliche" Infiltration. Hyperakanthose der Epidermis durch Infiltration in den Malpighischen Schichten mit den Epitheliomzellen. Über dem stark alterierten Malpighischen Stratum unregelmäßige Bildung von Keratohyalin- und Eleidinzellen oder schuppig-krustige Bildungen oder die neugebildeten Zellen selbst. An diesen auch in der Tiefe die Zeichen der Dyskeratose, meist mit Bildung plumper Zellen mit polymorphem Kern. Die Neubildung geht sozusagen ihren physiologischen Weg nach außen. Solange sie in diesen Grenzen bleibt, kann man von einem präkanzerösen Epitheliom sprechen. Wuchern aber die Basalzellen in die Tiefe, so entsteht ein Basalzellenkrebs. Die rapide und schwere Entwicklung ist selten.

76. A. Devoto-Genua: **Über die Behandlung der Sklerodermie mit endovenösen Injektionen von hypertonischen Kochsalzlösungen** (Sulla cura della sclerodermia con inezioni endovenose di soluzione ipertonica di cloruro di sodio). Zwei Fälle. Günstige Erfolge. Sie sind auf eine sofortige Besserung der Zirkulationsverhältnisse zurückzuführen. Nicht nur rein mechanisch vorzustellen! Wahrscheinlich spielt der veränderte Kochsalzstoffwechsel eine Rolle. Dieser steht auch in Beziehung zu Diaphorese und Diurese, zur Hautsensibilität, Temperatur, Kohlensäureausscheidung und zum Wassergehalt der Gewebe.

77. E. Balbi-Padua: **Über einen Fall von Schambergscher Krankheit** (Su un caso di dermatite progressiva pigmentaria di Schamberg). Es wird die Möglichkeit einer Beziehung zur Tuberkulose erwogen.

78. A. Mucci-Rom: **Von einer neuen Diagnose der Syphilis aus dem Blute mittels der Widalschen Reaktion** (Di una nuova emodiagnosi delle sifilide mediante la reazione emoclasica). Es wurde i. A. Salvarsan benutzt; 0,15 g genügen. Die Reaktion ist unsicher. Sie kann bei schwer Syphilitischen aller Art fehlen und bei nichtsyphilitischen Hautkranken stark auftreten.

79. M. Monacelli-Rom: **Über die Autolyse der Haut** (Autoreferat) (Sull' autolisi cutanea [Autoriassunto]).

80. U. Cavalucci-Neapel: **Über einen Fall von Parapsoriasis papulo-nodularis** (Sopra un caso di parapsoriasis papulo-nodulare). Abbildungen.

A. v. Notthafft-München.

Dermatologia

Jahrg. 1, 1928, Nr. 6

Die Behandlung des Pruritus und der durch Innervationsstörungen des Kreislaufs erzeugten Hautkrankheiten, von Juster-Paris. S. 179. Das Gefühl des Juckens beruht auf einem Reiz der Tastkörperchen, der sensiblen Bahnen und Zentren. Es ist um so quälender, je reizbarer der Kranke ist. Verf. leugnet die Ansicht, daß das Juckgefühl das Symptom irgend einer Erkrankung des Sympathikus wäre. Das sympathische Nervensystem spielt bei dem Zustandekommen des Juckreizes bloß insofern eine Rolle, als das Jucken durch Zirkulations- und Wärmeregulierungsveränderungen beeinflußt wird. Die Therapie des Juckens soll womöglich die ätiologischen Ursachen beeinflussen und soll erst in zweiter Linie symptomatisch sein. Bei der Skabies hilft das Pearsonsche Kreolin, bei der Pedikulose das Xylolvaselin (soviel Tropfen Xylol wie Gramm Vaselin). Toxisches Jucken erfordert Entgiftung und Desensibilisation, Behandlung der Leber-, Intestinal- und Nierenintoxikationen, Autohämotherapie, Autoserotherapie, Proteintherapie usw. Lokalbehandlung: 10—25% Mentholpaste. Physikalische Behandlung: Hochfrequenz, Ultraviolett. Seniler Pruritus findet in diesen letzteren ein

Digitized by Google

häufig momentan wirkendes Heilmittel. Für manche Fälle empfehlen sich intravenöse Injektionen mit Natriumsilikat. Für lokale Behandlung sind Salben zu vermeiden. Am besten wirken die Mittel der physikalischen Therapie, weil sie einen unmittelbaren Einfluß auf die Nervenendigungen ausüben, wie Röntgen, Quarzlampe, Hochfrequenz, Ionisation mit Aconitin. nitric., mit Bromkali, ferner Kalziumchlorid. Die beruhigende Therapie erfordert ruhige Lebensweise, keine Reizmittel, regelmäßiger Schlaf, lauwarme Bäder. Als Mittel für das Nervensystem Phenyläthylmalonylureat oder seine Abkömmlinge. Psychotherapeutische Beeinflussung erscheint absolut nötig. Sehr ausgesprochene Lichenifikation ist eine Anzeige für antisyphilitische Behandlung. Eine Vereinigung der antinervösen (lokalen und allgemeinen) Behandlung mit der ätiologischen ergibt eine schnelle Heilung des Juckens und der Neurodermie.

Über die Kontrolle der Leberfunktion während der antisyphilitischen Behandlung, von W. Fröhlich-Budapest. S. 184. Die größere Verbreitung der Untersuchung der Leberfunktion in neuerer Zeit ist zum großen Teil auch jenem Verdacht zu verdanken, daß die heute übliche intensive Behandlung der Syphilis nicht selten eine schwere Schädigung der Leber verursache. In letzterer Zeit wird immer mehr die funktionelle Leberuntersuchung mit der Duodenalsonde ausgeführt. Verf. untersuchte nach der Methode von Tada und Nakashima die Ausscheidung des Azorubin-S an 100 Syphilitikern. Das Mittel wird intravenös eingespritzt: 4 ccm einer 1%igen Lösung. Die mittels Duodenalsonde gewonnene Galle ward in Intervallen von je 5 Minuten kolorimetrisch auf den Farbstoff untersucht. Unter den geprüften Patienten fand Verf. drei Typen: 1. verspätete Erscheinung des Farbstoffes mit verkürzter Ausscheidungszeit, 2. verspätete Erscheinung mit normaler Ausscheidungsdauer, 3. verspätete Erscheinung mit verlängerter Ausscheidungsdauer. Die Ergebnisse sind folgende: Bei positiver Urobilinogen- und Albumenreaktion war in 70% der Fälle eine Störung der Leberfunktion nachzuweisen. Es empfiehlt sich daher, bei diesen die Kur sehr vorsichtig zu leiten und die Pausen der Behandlung zu verlängern. Bei 50% der Patienten mit luetischen Herz- und Gefäßveränderungen leidet die Leberfunktion. Besondere Beachtung verdienen die Fälle mit Mißbrauch von Alkohol oder Nikotin. Fast 50% zeigten eine gestörte Leberfunktion. Zweifellos können Schwermetalle Leberveränderungen hervorrufen, doch konnte trotz genauer Anamnese ein Zusammenhang mit der Störung der Leberfunktion nicht nachgewiesen werden. Es scheint eben die Toleranz eine individuelle zu sein. Der praktische Arzt soll auf Grund einer sorgfältigst erhobenen Anamnese und der leicht auszuführenden Urobilinogenreaktion ein Maß für die Intensität der Therapie zu gewinnen suchen. Aus welcher Ursache immer entstandener Ikterus indiziert die Verschiebung der spezifischen Kur. Während der Behandlung aufgetretener Ikterus mit Verstärkung der Urobilinogenreaktion erfordert eine Milderung der spezifischen Behandlung.

Über die Behandlung der Pityriasis simplex capillitii und der Alopecia pityroides, von C. Cronquist-Malmö. S. 191. Verf. trennt scharf zwischen der Pityriasis spl. und den seborrhoischen Erkrankungen; für ihr Zustandekommen macht er nach Hasthausen die Streptokokken verantwortlich. Die Grundlage der Therapie sieht er daher in einem desinfizierenden Verfahren, welches die Haut nicht zu stark reizt, dagegen aber in den tieferen Zellschichten und sogar in der Tiefe der Haarfollikel die Bakterien tötet. Ein Präparat, welches diesen Forderungen nachkommt, ist das vom Verf. und dem Chemiker Helbig hergestellte „Mitador", das in folgenden Mischungen zur Bepinselung verwendet wird: Acid. salicyl. 5,0 g, Äther 20,0 g, Mitador 30.0 g, Ol. ped. tauri puriss. alb. 3,0—5,0 g, Aetherol. Portugall. 1,0 g, Alcohol absolut. ad 100,0 g. Zu einer Kur sind 4—5 Bepinselungen nötig, welche jeden zweiten Tag vorgenommen werden. Rascher und kräftiger ist die Wirkung, wenn das Mittel in Form eines Sprays unter großem Druck auf die Haut gebracht wird. Nach Beendigung der Kur ist eine Pause von 7—10 Tagen einzuschalten. Zeigt sich nach Ablauf dieser Zeit noch Schälung und Haarausfall, dann ist die Kur zu verlängern. In hartnäckigen Fällen ist der Mischung Ol. lithanthracis (10—20%) beizumengen. Da die Pityriasis simpl. eine ansteckende Krankheit ist, empfiehlt Verf., das Mittel am Tage vor der wöchentlich vorzunehmenden Kopfwaschung prophylaktisch anzuwenden. Das Wiederwachsen der Haarschäfte hängt davon ab, wie stark die Papillen atrophiert waren. Verf. selbst warnt in dieser Hinsicht vor zu großen Hoffnungen. (Mitador wird hergestellt durch Firma A. B. Fabriken Saturnus, Grynbodgatan 14, Malmö.) K. v. Berde-Szeged.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 7, 1. Teil: Zoster, Herpes simplex, Psoriasis, Parapsoriasis, Erythrodermien, Pityriasis rosea, bearbeitet von F. Juliusberg, G. Nobl, E. Pick, W. Schönfeld. Verlag J. Springer, Berlin 1928. Preis RM. 69.—, geb. RM. 75.—. Der 7. Band des Handbuchs der Haut- und Geschlechtskrankheiten, gegliedert in 2 Teilbände, bringt im 1. Teil die Bearbeitungen des Zoster und Herpes simplex, der Psoriasis, Parapsoriasis und Erythrodermien und der Pityriasis rosea. Den breitesten Raum nimmt das Kapitel Zoster und Herpes simplex ein. Wer in die verwickelten, im Zeitraum weniger Jahre fast beständigem Wandel unterworfenen Forschungsergebnisse dieses Gebietes auch nur einen Einblick gewonnen hat, weiß die Größe und Schwierigkeit der Aufgabe zu ermessen, die Schönfeld zu bewältigen hatte. Seine Monographie bringt eine erschöpfende, in der Darstellung dem Bedürfnis des Dermatologen angepaßte Abhandlung der Klinik, pathologischen Anatomie und Pathogenese des Zoster. Sie gibt den Querschnitt unseres Wissens über seine Entstehungsursachen, die Fragen der Infektiosität, der Beziehung zu den Varizellen, über die traumatischen und toxisch-antitoxischen Entstehungsmöglichkeiten, sowie über den Stand der Therapie. In gleicher Weise wird der Herpes simplex abgehandelt, bei dessen Lektüre sich die Hauptaufmerksamkeit auf die neueren Anschauungen über Ursachen und Pathogenese lenkt, wie sie sich aus klinischen und experimentellen Untersuchungen an Mensch und Versuchstier ergeben. Der Überblick über die oft auseinandergehenden Beobachtungen wird durch klare Stoffgliederung erleichtert; bei aller Zurückhaltung ist die kritische Einstellung des Verf. nirgends zu vermissen. So darf der Dermatologe dankbar sein, für seine Orientierung nicht mehr auf die zahlreichen Einzelarbeiten und Sammelberichte aus der internen, neurologischen und bakteriologischen Literatur angewiesen zu sein. Das stofflich übersichtlich gegliederte Literaturverzeichnis nimmt 56 Seiten ein — ein Spiegelbild des unendlichen Aufwandes an Mühe und Energie, die in unserer Zeit der Ergründung dieser Krankheitsgruppe zugewendet wird. G. Nobl-Wien hat das Kapitel Psoriasis bearbeitet: eine reich mit Bildschmuck ausgestattete Darstellung unseres Gesamtwissens. Besondere Sorgfalt ist dem klinischen Teil der Psoriasis arthropathica gewidmet, wie überhaupt die Frage des Zusammenhanges mit allgemeinen Erkrankungen und dispositionellen Zuständen weitgehend berücksichtigt ist. Der aufschlußreiche Abschnitt über die allgemeine Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis wird von jedem Praktiker besonders begrüßt werden. Ein fast erdrückendes Material hat Nobl im therapeutischen Teil zu bewältigen verstanden; auch die Strahlenbehandlung wird vollständig erörtert. F. Juliusberg-Braunschweig behandelt die psoriasiformen, pityriasiformen und exfoliativen Erythrodermien, voran die Parapsoriasis — ein Gebiet, auf dem er durch eigene Arbeiten längst als einer der erfahrensten Autoren bekannt ist. Die Pityriasis lichenoides chronica, Parakeratosis variegata und Brocqsche Krankheit nehmen den Hauptteil des Kapitels ein. Anschließend sind auch von den generalisierten exfoliativen Erythrodermien noch diejenigen Bilder abgehandelt, die nicht auf Grund ihrer bekannten oder wahrscheinlichen Ätiologie an anderer Stelle des Handbuchs berücksichtigt werden müssen, und zwar das Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans, die von Savill beschriebene Erkrankung, die Dermatitis exfoliativa generalisata subacuta (Wilson-Brocq) und die Pityriasis rubra Hebrae. Hier werden in klarer Übersicht eine Reihe seltener, der ätiologischen Klärung zumeist noch harrender Dermatosen dem Aufschlußsuchenden leicht zugänglich gemacht. Den Schluß des Bandes bildet das Kapitel „Pityriasis rosea" von E. Pick-Prag, in welchem der im Vordergrunde der Diskussion stehenden Frage der Ätiologie und der differentialdiagnostischen Stellung der Affektion besondere Sorgfalt gewidmet ist. Ausstattung, Druck und ein reiches, wissenschaftlich wertvolles Abbildungsmaterial (86 meist farbige Bilder) erhöhen — ebenso wie die jedem Kapitel angefügte Literaturübersicht — den Wert auch dieses Handbuchbandes. F. Callomon-Dessau.

Diseases of the Skin, von Richard L. Sutton. 7. vermehrte und verbesserte Auflage. Verlag von Mosby, St. Louis 1928. Seit der letzten Auflage sind knapp zwei Jahre verflossen und wieder ist eine Neuauflage des „Sutton" notwendig, ein Beweis für seine große Brauchbarkeit und Beliebtheit. Es sind wieder eine große Anzahl von vorzüglichen Lichtbildern dazugekommen. Manche Abschnitte enthalten eine fast verschwenderische und kaum zu überbietende Menge von guten Illustrationen, so z. B. enthält der Artikel „Porokeratosis Mibelli" nicht weniger wie 5 ausgezeichnete Lichtbilder

Digitized by Google

und ein instruktives Mikrophotogramm. Auch viele histologische Abbildungen sind dazugekommen und ebenso sind die neuesten therapeutischen Ergebnisse berücksichtigt. Erwünscht wäre eine größere Anzahl von guten Farbenphotographien für eine eventuelle Neuauflage, ferner eine größere Menge von Photogrammen von Pilzkulturen. Die vorzügliche Ausstattung mit guten Illustrationen, die klaren und übersichtlichen klinischen Beschreibungen sowie die eingehenden Ausführungen über Therapie machen dieses Standardwerk in gleicher Weise wertvoll für Fachkollegen, dermatologische Anfänger und für praktische Ärzte. P. Unna jun.-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur

Tuberkulose

Zur kulturellen Diagnostik der Tuberkulose, von A. Dimtza-Zürich. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 4, S. 646.) Die besten Resultate ergab das von Hohn modifizierte Löwensteinsche Züchtungsverfahren (Abtötung der Begleitbakterien in 10- bis 15%iger Schwefelsäure, 20 Minuten lang, dann Überimpfung auf Lubenauschc Eiernährböden). Die kulturelle Diagnose konnte frühestens nach 5 Tagen, in den meisten Fällen innerhalb 10—16 Tagen gestellt werden. In 4 Fällen war die Kulturdiagnose dem Tierversuch und der mikroskopischen Untersuchung überlegen. In 2 Fällen versagte die Kultur. Es handelte sich um Eiter aus eingeschmolzenen Lymphdrüsen (auch der Tierversuch fiel negativ aus), ferner um einen Fall von alter Ellenbogentuberkulose.
F. Harry-Wiesbaden.

Pouvoir bactéricide des liquides de pleurésies tuberculeuses sur le bacille de Koch (Bakterizide Einwirkung der Flüssigkeit tuberkulöser Pleuritiden auf den Tuberkelbazillus), von P. Courmont und H. Gardère. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 26, S. 711—716.) Die Pleuraflüssigkeit tuberkulöser Natur übt auf Kulturen von Tuberkelbazillen einen abtötenden Einfluß aus, wofern die Zahl der Bazillen eine gewisse Höchstgrenze nicht überschreitet; darüber hinaus findet sich nur eine Wachstumsbeschränkung. Die Pleura bildet also von sich aus antagonistische Körper gegen den Tuberkelbazillus; mit deren Wirkung an der Pleura selbst hängt die geringe Zahl von Tuberkelbazillen bei der serofibrinösen Pleuritis und deren gute Heilbarkeit zusammen. Auch diagnostisch kann diese bakterizide Fähigkeit der Flüssigkeit der tuberkulösen Pleuritis gegenüber anderen Pleuritiden verwertet werden.
E. Levin-Berlin.

L'immunité et les réactions de bactériolyse cellulaire dans la tuberculose (Über Immunität und Reaktionen der zellulären Bakteriolyse bei Tuberkulose), von J. Paraf. (Presse méd., 1928, Nr. 57, S. 898.) Beim Gesunden wie Tuberkulösen ist der antibazilläre Verteidigungsvorgang derselbe; Versuch der Abkapselung und Eliminierung des Bazillus einerseits, Zerstörung andererseits. Dies ist das Werk der mononukleären Leukozyten, welche allein imstande sind, den Bazillus zu zerstören und wirklich aufzulösen. Nach mühevollen Versuchen gelang es, durch die Kultur solcher Gewebsstückchen Leukozyten zu erhalten, die sich in vitro weiterentwickeln und so die Vorgänge beobachten zu können. Verf. stellt absolute Parallele fest zwischen den Vorgängen beim Versuchstier mittels Inkubation und den Leukozytenkulturen in vitro.
D. Abel-Lörrach.

A propos de la vaccination antituberculeuse par le B.C.G. (Zur Antituberkuloseimpfung mit B.C.G.), von H. Rouèche. (J. de Méd. de Paris, 1928, Nr. 32, S. 640—643). Die noch sehr strittige Frage der Unschädlichkeit und Wirksamkeit der B.-C.-G.-Impfung hat bereits zu einer umfangreichen Literatur geführt, über die ein Überblick gegeben wird.
E. Levin-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen an Rindern über die Schutzwirkung der Kultur B.C.G. (Calmette), von B. Lange und K. Lydtin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1928, Bd. 108, H. 4, S. 808.) Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Calmette trat in zwei Versuchen von subkutan mit B.C.G. vorbehandelten Rindern ein Schutz gegen eine intravenöse Infektion nicht zutage, was vielleicht darin begründet ist, daß die Calmettesche Kultur eine Abschwächung ihrer Virulenz und damit auch ihres Immunisierungsvermögens erfahren hat. In einem Falle war gegen schwache Infektion, die subkutan nicht verhindert werden konnte, durch intravenöse Vorbehandlung ein Schutz

Digitized by Google

möglich. Diese scheinbar wirksamere intravenöse Vorbehandlung hat für die Immunisierung des Menschen kein praktisches Interesse. Über die angeblich günstige perorale Vorbehandlung sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. B. Peiser-Berlin.

La mortalité générale des cobayes traités par le B.C.G. n'est pas supérieure à celle des animaux témoins (Die allgemeine Sterblichkeit der mit B.C.G. behandelten Meerschweinchen ist nicht größer als die der Kontrolltiere), von P. Remlinger und J. Bailly. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 100, Nr. 30, S. 878—881.) Die Sterblichkeit von Laboratoriums-Meerschweinchen ist im allgemeinen eine große, doch konnte die Behauptung von Lignières, mit B.C.G. geimpfte Tiere gingen besonders häufig an anderen als tuberkulösen Erkrankungen zugrunde, nicht bestätigt werden. Im Gegenteil war die allgemeine Sterblichkeit bei ihnen eher geringer als bei den Kontrolltieren. E. Levin-Berlin.

Zur Schutzimpfung nach Calmette mit B.C.G., von R. Kraus. (W. m. W., 1928, Nr. 30, S. 1082.) Der B.-C.-G.-Stamm ist tuberkulogen, aber nicht nosogen. Ein entstandener tuberkulöser Prozeß bleibt lokalisiert und bildet sich allmählich zurück. Bei schutzgeimpften Affen wurde mittels Kutaninfektion eine Immunität festzustellen versucht. Da die Impfung sich als unschädlich herausgestellt hat, wäre sie bei exponierten Säuglingen zu empfehlen. F. Rosenthal-Berlin.

Zur Frage der Schutzimpfung nach Calmette mit B.C.G., von F. Gerlach. (W. m. W., 1928, Nr. 30, S. 1083.) Der B.-C.-G.-Stamm hat bei subkutaner Injektion selbst in sehr großen Dosen nur Lokalreaktionen mit Schwellung der regionären Lymphdrüsen, aber nie allgemeine Schädigungen hervorgerufen. Bei neugeborenen Kälbern in tuberkulösen Beständen sind Schutzimpfungen vorgenommen worden; eine gute Entwicklung war trotz Verbleibens im tuberkulösen Milieu feststellbar. Ein endgültiges Resultat kann erst nach mehrjähriger Aufzucht erreicht werden. F. Rosenthal-Berlin.

Über Immunisierungsversuche mit dem B.-C.-G.-Stamm Calmettes, II. Mitteilung, von H. Chiari, E. Nobel und A. Solé-Wien. (Zbl. f. Tbc., Bd. 51, H. 5, S. 354.) Die an Meerschweinchen angestellten Versuche sprechen in keiner Weise für die Wirksamkeit der Immunisierung mit B.C.G. Wenn man Meerschweinchen intraperitoneal B.-C.-G.-Bazillen beibringt, so gelingt es nicht, sie vor einer nachträglichen Infektion zu schützen. Wenn es auch bei manchen immunisierten Tieren den Anschein hatte, als ob sie längere Zeit am Leben blieben wie die Kontrolltiere, so konnte andererseits auch die umgekehrte Beobachtung gemacht werden. Wenn man B.-C.-G.-Bazillen oder virulente Tbc.-Bazillen per os verabreicht, so kommt es meist nicht zur Ausbildung tuberkulöser Veränderungen, weil sie, ohne den Träger zu infizieren, wieder ausgeschieden werden. Allerdings ist die Möglichkeit einer Haftung nicht ausgeschlossen. Man kann aus der Original-B.-C.-G.-Vakzine den Stamm weiterzüchten und in virulenter Form weiter übertragen. S. Bergel-Berlin.

Le vaccin B.C.G., bien que très atténué et sans action tuberculigène, reste encore très pathogène pour l'espèce humaine (Die Vakzine B.C.G. bleibt trotz ihrer starken Abschwächung und des Ausbleibens tuberkulöser Läsionen doch noch sehr pathogen für den Menschen), von J. Lignières. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 100, Nr. 30, S. 865—878.) Es muß immer wieder betont werden, daß die orale Verabfolgung des B.C.G. sehr oft keine Immunisierung bewirkt; andererseits darf die absolute Unschädlichkeit beim Meerschweinchen nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden; hier kommen zwar vielleicht keine ausgesprochenen Tuberkulosen, aber doch Schädigungen zustande. Es wird ein von anderer Seite beobachteter Fall berichtet, in dem die Schwester eines mit B.C.G. geimpften Kindes mit den darin enthaltenen Bazillen infiziert wurde, die bei ihm Darmerscheinungen hervorriefen; Bazillen waren reichlich nachweisbar. E. Levin-Berlin.

La vaccination preventive contro la tuberculose; resultats de sept années d'application (Prophylaktische Impfung gegen Tuberkulose; Resultate nach 7jähriger Anwendung), von G. Poix. (Presse méd., 1928, Nr. 55, S. 868.) In Frankreich wurden 94301 Neugeborene geimpft, vornehmlich aus tuberkulösem Milieu. Von 3808 geimpften Kindern von 0—1 Jahr ist die Gesamtmortalität 3,1%, während die Mortalität der nichtgeimpften Kinder dieser Lebensstufe = 8,5% beträgt; an Tuberkulose starben von dieser Altersstufe Geimpfte 0,9%, Nichtgeimpfte 25%. Im Alter von 1—$3^1/_2$ Jahren starben von Geimpften 0,2%, Nichtgeimpfte siebenmal mehr. Ähnliche Resultate in Rumänien. Dauer des Impfschutzes beträgt im Minimum 5 Jahre, Impfung selbst völlig ungefährlich, daher Forderung, die Zwangsimpfung einzuführen, auch bei Kindern, die nicht in tuberkulösem Milieu leben. D. Abel-Lörrach.

Digitized by Google

La signification des réactions tuberculiniques dans la tuberculose et après la prémunition par le B.C.G. (Die Bedeutung der Tuberkulinreaktionen bei der Tuberkulose und nach der Schutzimpfung mit B.C.G.), von J. Lignières. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 100, Nr. 29, S. 839—850.) Um einen Impfschutz zu erlangen, müssen die Bazillen nach der Einimpfung sich vermehren und sich im Lymphsystem verbreiten; es tritt dann eine allergische Periode ein, die dem Impfschutz voraufgeht. Diese bei Hautimpfung mit B.C.G. in genügender Dosis regelmäßig auftretenden Erscheinungen bleiben bei Einverleibung auf dem Wege des Verdauungskanals aus.

E. Levin-Berlin.

Versuche einer Sensibilisierung von Meerschweinchen gegen Alttuberkulin auf unspezifischem Wege, von Fr. Keller-Debreczin (Ungarn). (Zschr. f. Hyg., 1928, Bd. 108, H. 4, S. 784.) Bestätigung der Versuche von Yu, daß es gelingt, bei Meerschweinchen durch Vorbehandlung mit Organextrakten normaler Meerschweinchen eine positive Tuberkulinreaktion zu erzeugen, die im Anschluß an die zweite und eventuell auch dritte Prüfung auftritt. Im Gegensatz zur echten Tuberkulinreaktion geht dieselbe in 48 Stunden zurück und es gelingt, durch wiederholte Tuberkulinkutanprüfungen regelmäßig eine Desensibilisierung herbeizuführen. Wenn schon diese Tatsache dafür spricht, daß es sich bei den Reaktionen nicht um eine Überempfindlichkeit gegenüber den Bestandteilen des Tuberkelbazillus, sondern um eine solche gegen unspezifische Eiweißstoffe handelt, so wird dies noch durch weitere Versuche bestätigt. Dieselben ergaben, daß die Auslösung der Reaktion bei den mit Organextrakten vorbehandelten Meerschweinchen nicht wie beim tuberkulösen Tier mit wäßrigen von Nährbodenbestandteilen freien Extrakten von Tuberkelbazillen möglich ist, und ferner, daß sich die Reaktionen genau in gleicher Stärke wie durch Tuberkulin durch eingeengte Glyzerinbouillon hervorrufen lassen.

B. Peiser-Berlin.

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

Weitere Untersuchungen über Lues und Blutgruppenzugehörigkeit, von M. Gundel-Heidelberg. (M. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1337.) Während eine Beziehung zwischen Luesdisposition und Blutgruppe, wie Gundel an einem Material von 16021 Fällen früher nachgewiesen hat, nicht besteht, ergaben seine Untersuchungen an 419 Fällen von Lues eine solche zwischen Blutgruppe und Einfluß der spezifischen Luestherapie. Und zwar besteht eine Relation nicht nur, wie Amsel und Halber, Strasczuski, Klöverkorn und Simon gezeigt haben, in der Art, daß bei Blutgruppe O die WR wesentlich leichter beeinflußbar ist, sondern daß auch die Gruppe A schneller negativ wird als B und AB. Der Wert der Befunde wird durch die Kleinheit des Materials, besonders hinsichtlich der seltenen Gruppen B und AB, sowie durch die Verschiedenheit der Therapie beeinträchtigt; Nachprüfung durch weitere Untersuchungen ist deshalb erforderlich. Ob das von Gundel in Schleswig-Holstein gefundene häufigere Vorkommen der Gruppe B und AB bei Paralyse und Tabes mit der stärkeren Resistenz dieser Gruppen gegen die Therapie zusammenhängt, muß noch geklärt werden. Vorläufig möchte Verf. annehmen, daß es sich dabei um ein lokales Phänomen handelt. Wenn sich die Unterschiede in dem Erfolg der Luesbehandlung bestätigen sollten, muß Therapie und Prognose auf die Blutgruppenzugehörigkeit der Erkrankten Rücksicht nehmen.

L. Leven-Elberfeld.

Ein durch Infektiosität und serologisches Verhalten beachtenswerter Fall von Lues latens, von A. Cohn-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1295.) Patientin erhielt von Juli bis September 1927 wegen Roseola und positiver WR im ganzen 3 g Neosalvarsan und 15 ccm Bismogenol. Bei der Nachuntersuchung im Januar 1928 war Patientin frei von jeglichen luesverdächtigen Anzeichen. WR und MTR negativ. Die zweite Kur dauerte bis Mai. Anfang April hatte die Pat. Verkehr und verletzte den Partner durch Biß in die Unterlippe. Dieser erkrankte an einem Primäraffekt an der Unterlippe mit positivem Spirochätenbefund. Pat. hatte bis zu dem Zeitpunkt der Infektion des Partners 2 g Neosalvarsan und 11 ccm Bismogenol erhalten. WR war wiederum negativ, nur die Komplementbindung mit Spirochätenantigen fiel stark positiv aus.

F. Harry-Wiesbaden.

Luische Erkrankungen der Parotis, von W. Richter-Berlin. (M. m. W., 1928, Nr. 30, S. 1298.) Mitteilung von zwei Fällen. Im ersten handelt es sich um ein ulzeriertes Gumma der Parotis bei positiver WR. Im zweiten Falle bestand seit 5 Jahren eine rechtsseitige Parotitis, stets mit den Menses rezidivierend, dabei aufsteigende Hitze,

Digitized by Google

Kribbeln in Finger- und Zehenspitzen, zeitweise Gefühllosigkeit, ferner eine sehr hartnäckige Stomatitis. Vor 20 Jahren Lues, mehrfach behandelt. WR in den letzten Jahren und jetzt negativ. Die interferometrische Untersuchung ergab Störung im Ovarabbau. Trotz der negativen WR antiluetisch behandelt. Nach 15 Bi-Injektionen Rückgang des ganzen Prozesses. Eine zweite Interferometeruntersuchung nach der Behandlung ergab normale Werte. 6 Monate später, wieder mit den Menses, erneut Parotitis, aber links. Unter 20 Bi-Injektionen gebessert, ebenso die Stomatitis. Verf. faßt den Fall als luische Erkrankung der Ovarien auf, die auf hämatogenem Wege auch die Parotis befiel, wo durch die alte Hg-Stomatitis ein locus minoris resistentiae geschaffen war.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Kurzer Beitrag zur Frage der Organsyphilis, von E. Richter-Hamburg. (Virch. Arch., Bd. 268, H. 3, S. 652.) Stoeckenius hatte eigentümliche Syphilisfälle, die durch akuten Verlauf und das Auftreten von Granulomen mit einem eigentümlichen Gemisch nekrotischer und bindegewebig vernarbter Teile ausgezeichnet waren, als Herxheimersche Reaktion bei Salvarsanbehandlung gedeutet. Verf. teilt nun einen ganz ähnlichen Fall einer 59jähr. Frau mit, bei der die Affektion ebenfalls in 6 Wochen unter hohem Fieber verlief. WR —. Die Syphilisdiagnose konnte schon intrakutan durch histologische Untersuchung eines exzidierten Hautknötchens gestellt werden. Klinisch standen Magen-Darmerscheinungen im Vordergrund. Tod an Perforationsperitonitis. Bei der Sektion fanden sich syphilitische Magen- und Darmgeschwüre, ferner waren Parotis, Schilddrüse und Nebennieren erkrankt. In diesem Falle war keine antisyphilitische Behandlung erfolgt, so daß Verf. glaubt, daß diese auch bei den Fällen von Stoeckenius nicht maßgebend war. In einem weiteren Fall — ein 3 Wochen altes Kind betreffend, das mit Salvarsan behandelt worden war — wurde bei der Sektion eine Hirnpurpura gefunden. Mikroskopisch außerdem eine luische Meningoenzephalitis. Unter diesen Umständen ist es nicht zu entscheiden, ob die Hirnpurpura auf unmittelbarer Salvarsanschädigung beruht oder ob sie und die entzündlichen Veränderungen beide als Herxheimer-Reaktion aufzufassen sind.

F. Wohlwill-Hamburg.

A Case of Syphilis of the Uterus, von H. Billig-London. (Lancet, 1928, Bd. 214, Nr. 5453, S. 443.) 35jähr. Frau, Mutter eines 6jähr. Kindes, 3 Aborte 1926, wird totalexstirpiert, weil bei ihr der stark vergrößerte und schnell wachsende Uterus Verdacht auf bösartige Neubildung (Sarkom) hervorrief. Klinisch war die Diagnose Fibrom gestellt. Befund: im Fundus eine Masse von 6 Zoll Durchmesser, die speckig erschien und unregelmäßige und winklige Ränder hatte. Mikroskopisch stellte sich dieser Tumor als typisches Gumma heraus, ebenso war das Gewebe der Tuben gummös verändert, die Ovarien normal. Levaditi-Färbung auf Spirochäten negativ, ebenso Tuberkulose. WR und SGR waren bei der Pat. stark positiv (Ehemann negativ). Verf. weist auf zwei ähnliche Fälle aus der Literatur und die Seltenheit hin, eine so exakte Diagnose stellen zu können, da die meisten Autoren ihre Diagnose auf Sistieren der Menorrhagien nach antiluetischer Behandlung gestellt hatten, wenn die WR positiv war.

D. Simons-Berlin.

Cardiovascular Findings in Women with Syphilis. A Study of 205 Dispensary Cases with Tertiary Syphilis, 25 with Secondary Syphilis and 78 Controls (Herzgefäßbefunde bei Frauen mit Syphilis. Untersuchungen an 205 Ambulatoriumsfällen mit tertiärer, 25 mit sekundärer Syphilis und 78 Kontrollfällen), von J. H. Arnett-Philadelphia. (Am. J. m. sc., 1928, Bd. 176, Nr. 1, S. 65—82.) Es wurden keine Anzeichen dafür gefunden, daß Syphilis an und für sich zu Herzerweiterung führt. In 3,2% der Fälle tertiärer Sypilis konnte Aortitis, in 2% Aorteninsuffizienz festgestellt werden. Arterielle Hypertension fand sich etwas häufiger bei tertiärer, Hypotension häufiger bei sekundärer Syphilis als bei den anderen Gruppen. Tertiäre Syphilis zeigte häufiger Abweichungen vom normalen Elektrokardiogramm. Die Verbindung von Hypertension und Herzerweiterung nimmt mit dem höheren Alter zu, ebenso sind hier auch Aortitis und Aorteninsuffizienz häufiger. Systolische Geräusche sind häufig, jedoch ohne Unterschied bei Fällen mit und ohne Syphilis. Tachykardie häufiger bei Syphilis als bei den Kontrollfällen. Bei keinem Falle von sekundärer Syphilis organische Herz- oder Gefäßerkrankungen; kein Fall von Aneurysma.

E. Levin-Berlin.

La syphilis pulmonaire granulique. Formes anatomiques et cliniques. Syphilis et tuberculose pulmonaires aigues (Die miliare Lungensyphilis. Anatomische und klinische Formen. Akute Lungensyphilis und Lungentuberkulose), von M. Favre und N. Contamin. (Lyon méd., Jahrg. 60, Bd. 142, Nr. 31, S. 121—136.) Der Fall eines infantilen jungen Mädchens, das klinisch den Eindruck einer akuten Miliartuber-

Digitized by Google

kulose gemacht hatte, ohne daß jedoch Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten, und das unter asphyktischen Erscheinungen zugrunde ging, gibt auf Grund des Sektionsbefundes Gelegenheit, auf eine besondere Form der Lungensyphilis hinzuweisen. Es fanden sich ausgedehnte sklerotische Veränderungen und Gummen verschiedener Größe, haselnuß- bis linsengroß. Diese letzteren, harten, derben, fibrösen Knötchen könnten für sich allein für Tuberkel gehalten werden und sind sicher häufig mit solchen verwechselt worden; doch entspricht auch ihr histologischer Bau nicht einer Tuberkulose. Ferner ist zwischen Gummen und den sklerotischen Herden das Lungengewebe von einem an Plasmazellen reichen Bindegewebe mit bald regelmäßigen rundlichen oder tubulären, bald unregelmäßigen Höhlen mit ausgestülpten Wänden ersetzt; es sind das epitheliale Wiederbildungen in entzündlicher Umgebung, wie sie bei chronischer Lungensklerose, besonders syphilitischer Natur, häufig sind. Schließlich fanden sich tiefe Veränderungen des Bronchialsystems. Auf die lentikulären Gummen wird besonderes Gewicht gelegt; sie berechtigen von einer miliaren Lungensyphilis zu sprechen. In derartigen Fällen kann die Radiologie nicht zur Klärung der Diagnose beitragen. Übrigens können die gleichen klinischen Erscheinungen wie in diesem Falle auch durch andere anatomische Veränderungen hervorgerufen werden (broncho-pulmonäre Formen mit rapider Entwicklung, massive Indurationen, ulzeröse Phthise vortäuschende Formen). Charakteristisch für Syphilis ist die starke Umwälzung, die sie im Lungengewebe hervorruft und andererseits die Fähigkeit einer weitgehenden Reorganisation.

E. Levin-Berlin.

Über syphilitische Zuckerkrankheit, von K. Preis-Budapest. (Ther. d. Gegenw., 1928, H. 4, S. 190.) Verf. beobachtete zwei Fälle von luetischem Diabetes, die auch anamnestisch luespositiv waren (vor 15 bzw. 20 Jahren). Der eine Fall hatte „die Harnröhre fest verstopft mit dicken weißlichen Membranen, die aus Saccharomyzeten und Fibrin bestanden". Der andere hatte Balanitis und Phimose „und die Vorhaut war so eigentümlich geschwollen, daß der Fachkundige schon auf den ersten Blick Diabetes ahnen konnte". Bei beiden Fällen Heilung durch antisyphilitische Therapie. Angefügt werden zwei Fälle: eine Lungensyphilis, die als Tuberkulose behandelt wurde, und eine Hodensyphilis, bei der wegen angeblichen Sarkoms der eine Hoden schon entfernt war und nach Erkrankung des zweiten Hodens Knochenerkrankungen auftraten, die für sarkomatös gehalten wurden. Verf. glaubt aus seinen Fällen Schlüsse auf die Häufigkeit von syphilitischem Diabetes ziehen zu können, ebenso wie auf die Seltenheit richtiger Diagnose.

D. Simons-Berlin.

Méningo-radiculite syphilitique à forme de névralgie intercostale (Meningo-Myelitis [der hinteren Wurzeln] luetica unter dem Bilde einer Interkostalneuralgie), von M. Faure-Beaulieu. (Presse méd, 1928, Nr. 60, S. 945.) Patientin von 64 Jahren, Anamnese ohne Besonderheiten, seit mehreren Monaten starke Schmerzen in der Gegend des 9.—11. Dorsalwirbels, die als Interkostalneuralgie gedeutet wurden. Bei der klinischen Aufnahme Liquor cerebrospinalis stark positiv, Pupillen kaum Reaktion auf Licht, sonst o. B. Es handelt sich um eine Entzündung der hinteren Wurzeln auf luetischer Basis. Therapie: Wismut und Hg-Zyanür, Jodkali intern, kein Neosalvarsan.

D. Abel-Lörrach.

Syndrome de dépossession et syphilis cérébrale (Verlust des Ich-Gefühls und Hirnsyphilis), von J. Levy-Valensi. (Paris méd., 1928, Nr. 31, S. 123—126.) Der von dem Verf. mit der Bezeichnung „dépossession" belegte Symptomenkomplex besteht darin, daß der Kranke die Empfindung hat, der Sitz ihm fremder Phänomene zu sein (Halluzinationen). Das Zusammentreffen einzelner dieser Fälle mit zerebraler Syphilis ist nicht für eine organische Natur der Affektion beweisend.

E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Geh. Rat Prof. Jadassohn hat in der Jahresversammlung der British Association of Dermatology einen Vortrag: „Bemerkungen über Tuberkulin" gehalten.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 45 (Bd. 87) 10. November 1928

Aus der Dermatol. Klinik des Allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. Ritter)

Über Trichotillomanie

Von

Dr. C. L. Karrenberg, Sekundärarzt der Klinik

Mit 2 Abbildungen im Text

Das Krankheitsbild der von Hallopeau erstmalig beobachteten, als „Trichotillomanie" bezeichneten Zwangsvorstellung bei bestimmten Personen, sich die Haare an irgend einer Stelle auszureißen, hat in der deutschen Literatur wenig Beachtung gefunden. Lediglich Jadassohn zitiert es in einem Handbuchartikel, wobei er sich hauptsächlich auf die französische Literatur stützt; ausführlicher beschreibt im Jahre 1907 Wolters diese Art der „mechanisch erzeugten Alopezie". In neuester Zeit hat Galewsky über einen hierhergehörigen Fall referiert. Wir beobachteten vor kurzem eine entsprechende Erkrankung bei einem Kinde, dessen Krankengeschichte wir zunächst schildern wollen, um dann etwas ausführlicher auf die Literatur einzugehen.

M. F., 2 Jahre. Das Kind wurde am 21. V. 1928 wegen des Verdachtes auf Gasvergiftung aufgenommen zugleich mit der Mutter, einer älteren und einer jüngeren Schwester und einem Bruder. Es handelte sich um Patienten, die während der Phosgenexplosion vorübergehend in einer gasgefährdeten Gegend gewesen waren; eindeutige Zeichen einer Gasvergiftung fanden sich bei dem Kinde nicht. Für ihr Alter war die Patientin körperlich entschieden unterentwickelt, sie war klein und blaß, ihr Gewicht blieb weit unter der Durchschnittszahl. Geistig war sie sehr rege, munter und aufgeweckt; vor allem auf Musik sprach sie sehr an. Zeichen irgend einer Hauterkrankung waren an dem Kinde nicht zu entdecken; das Kopfhaar war lang, mittelblond, mäßig fetthaltig. Besonderheiten fanden sich bei der Aufnahme auf dem behaarten Kopfe nicht. Die Patientin lebte sich sehr schnell ein; insbesondere war sie absolut nicht scheu den anderen Kindern gegenüber.

Nach ungefähr zweitägigem Hiersein war auf dem Hinterkopfe, links von der Medianlinie, eine eigenartige, streifenförmige Partie von ungefähr Daumengröße zu sehen, in deren Bereich die Haare sehr stark rarefiziert erschienen. Die Kopfhaut war absolut glatt und vollkommen reaktionslos. Am nächsten Tage hatte sich diese Stelle nach beiden Seiten hin überraschend schnell vergrößert, und zwar waren nunmehr auch bereits regelrecht haarlose Stellen aufgetreten. Die beaufsichtigende Pflegerin meldete, daß sie des Morgens beim Bettenmachen in dem Bett des Kindes große Haarbüschel gefunden hätte. Von nun an machte der Haarausfall bei dem Kinde „sichtbare" Fortschrittte; nach drei weiteren Tagen waren die Haare in einer ungefähr mannshandtellergroßen, einen Teil des Hinter- und Oberkopfes einnehmenden Partie sehr stark rarefiziert; in diesem Gebiete lagen bis fünfmarkstückgroße, fast haarlose Stellen, in denen sich neben vereinzelten Haaren auch noch Haarstümpfe von abgebrochenen fanden. Solche waren auch in den übrigen Teilen anzutreffen. Während dieser ganzen Zeit fanden sich immer mehr oder weniger Haare morgens im Bett. Eine sorgfältige

Digitized by Google

Beobachtung des Kindes ergab nun folgendes: In unbewachten Augenblicken umfaßte das Kind mit Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ein Haarbüschel, das es durch eine Rotation der Hand um den Zeigefinger wickelte. Dann zog es mit einiger Kraftanstrengung die Haare langsam aus, nicht etwa ruckartig, ohne dabei Zeichen irgend eines Schmerzes aufzuweisen. Dieser Vorgang trat, wie gesagt, nur ein, wenn das Kind sich unbeobachtet glaubte. Längere Beobachtung an dem schlafenden Kinde zeigte, daß im Schlafe scheinbar keine Haare ausgerupft wurden.

Absichtlich wurde nunmehr das Kind gestraft, wobei ihm ausdrücklich gesagt wurde, daß es die Strafe wegen des Haarausreißens bekäme; während dieser Prozedur weinte es. Am nächsten Tage fanden wir nun die erwarteten Haare nicht mehr im Bett, auch nicht etwa in der Umgebung des Bettes, trotzdem der Haarausfall weitere deutliche Fortschritte gemacht hatte. Das gleiche war der Fall in den nächsten Tagen. Durch sehr sorgfältige Beobachtung gelang es uns dann festzustellen, daß die Patientin die Haare nicht etwa versteckte, sondern aufaß, und zwar steckte es das ganze Büschel — es mögen schätzungsweise gegen 25—30 Haare sein — auf einmal in den Mund. machte etliche Kaubewegungen und schluckte es dann hinunter. Von einer weiteren Therapie wurde abgesehen, um den Verlauf weiter beobachten zu können.

Abb. 1. Ober- und Hinterkopf des Kindes; kreisförmige Rarefizierung der Haare; an der unteren Zirkumferenz des Kreises haarlose Plaques

Abb. 2. Hinterkopf nach 4 Tagen; Vergrößerung der haarlosen Plaque

Eine Prüfung der Sensibilität der Kopfschwarte ergab mit den üblichen Methoden keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß die Schmerzempfindung im Bereich der ausgerissenen Haare etwa herabgesetzt ist. Wenn man jedoch einen Zug an den Haaren ausübte, so konnte dies im Bereich des Haarausfalles mit viel größerer Heftigkeit geschehen wie an den übrigen Stellen der Kopfschwarte, ehe das Kind anfing zu weinen. Die Sensibilität der übrigen Haut war vollkommen normal.

Es handelte sich fraglos um die Erkrankung, die zuerst HALLOPEAU im Jahre 1889 schilderte unter dem Namen „Trichotillomanie". Er stellte damals auf dem klinischen Abend des Krankenhauses St. Louis in Paris einen jungen Mann vor, der über heftiges Jucken an allen behaarten Körperstellen klagte und als Folge dessen sich Haare büschelweise auf dem Kopfe, in der Bartgegend, auf dem Mons pubis und in den Axillen ausriß. Eine Alopecia areata schloß HALLOPEAU als sicher aus. Die Haare saßen sehr fest, sie erschienen rarefiziert, wobei die zurück-

Digitized by Google

gebliebenen kürzer als normaliter waren. In der Diskussion zu diesem Falle teilte BESNIER mit, daß er ebenfalls ein Kind mit gleichartigen Symptomen beobachtet habe; Tag und Nacht wurden von dem Kind Haare ausgerissen und verschluckt. BESNIER hielt die Bezeichnung „Trichomanie" für angebracht. Auf der Sitzung der französischen dermatologischen Gesellschaft vom 10. Mai 1894 konnte dann HALLOPEAU einen weiteren Fall vorstellen.

Es handelte sich um einen 35jährigen Patienten, der zuerst vor 5 Jahren ein starkes Jucken an den behaarten Körperteilen bemerkte, das ihn zu ständigem Kratzen zwang, außerdem dazu, sich Haare und Wimpern auszureißen. Das Juckgefühl bestand dauernd, es verschlimmerte sich zur Nacht bedeutend. Es ergriff allmählich auch die nur mit Flaumhaaren bedeckten Partien, wie den Rücken. Im ganzen handelte es sich um ein sehr chronisches Leiden. Der Patient, der Alkoholiker war, war melancholisch und zerstreut. Die Klagen bei dem Spitalaufenthalt waren dieselben wie draußen: ein wahnsinniges Jucken, das sich periodenweise steigert und ihn unwiderstehlich zwang, sich die Haare auszureißen. Die Augenbrauen waren rarefiziert, die Haare zum Teil auch abgebrochen; der Backenbart schien weniger ergriffen zu sein, der Schnurrbart gar nicht. Dafür erschien die Haut in den Axillae und im Mons pubis fast haarlos; die längsten Haare messen nur etwa 1 cm. Auf dem Mons pubis waren, als einzigste wesentliche Veränderung an den Haaren selbst, etliche in die Epidermis „eingedrückt"; in den Axillae waren viele Haare bis zum Niveau der Epidermis abgebrochen, was HALLOPEAU für einen Beweis dafür ansieht, daß sie erst kürzlich entfernt wurden. Da der Patient kurzgeschnittenes Kopfhaar trug, waren die Zerstörungen auf dem Kopfe selbst schwieriger, aber immerhin noch deutlich zu erkennen: Vor allem auf dem Hinterhaupt waren viele Haare abgebrochen. Selbst auf der Rückseite der unteren Extremitäten hat der Kranke die Haare auszureißen versucht; auch hier fanden sich die älteren Haare abgebrochen. An diesen Partien sowie auf dem Rücken fanden sich einzelne pigmentierte Residuen von Kratzeffekten. Aber nirgenndwo waren irgend welche Spuren von Prurigo zu erkennen. Unter Mentholbalsam („Baume du commandeur mentholé") und Gummieinwicklung hatte der Patient Erleichterung, ohne daß jedoch die Sensationen wesentlich gebessert wurden; das Kratzen bestand, wenn auch etwas weniger intensiv, fort.

HALLOPEAU betrachtete diese Symptome als Krankheitsbild sui generis; es kann nicht unter den Begriff „Prurigo" rangiert werden, da papulöse und krustöse Effloreszenzen, die dazu gehören, fehlen. Er faßte die bisher vorliegenden Beobachtungen zusammen und definiert die Erkrankung folgendermaßen:

a) Es besteht eine Erkrankung, die sich durch lebhaftes Juckgefühl im Bereich der behaarten Körperteile äußert, wobei das Jucken sich steigern kann.

b) Dieser Juckreiz bewirkt bei den Patienten eine förmliche Wut, sich durch Ausreißen der Haare Erleichterung zu verschaffen; deshalb verdient die Erkrankung den Namen „Trichotillomanie", herkommend von „τιλλομαι", welches bedeutet „ich ziehe aus".

c) Weder Haare noch Integument bieten irgend einen besonderen Befund; mikroskopisch ist an den Haaren nichts feststellbar.

d) Es handelt sich nicht um Prurigo, denn die hierzu gehörenden Läsionen fehlen vollständig.

e) Diese Erkrankung ist von langer Dauer und höchstwahrscheinlich unheilbar; die beste Medikation scheint Schutz der erkrankten Partie zu sein, sei es durch Firnisse, sei es durch Einwicklung in Gummibinden.

In der Diskussion berichtete JULLIEN, daß er eine ganze Reihe hierher gehörender Fälle beobachtet habe; FOURNIER beschrieb einen sehr

Digitized by Google

bemerkenswerten einschlägigen Fall: Einer seiner Patienten drehte dauernd an seinen Augenbrauen und riß sie aus, aß sie auch hin und wieder; zur Rede gestellt, gab der Patient an, daß diese Sucht stärker sei wie er selbst. Er war Neurastheniker. FOURNIER war der Ansicht, daß man bei der neurologischen Untersuchung dieser Patienten und wohl auch in der Anamnese wohl neuropathische Stigmata finden würde, ein Standpunkt, dem sich MATHIEU anschloß. Weiterhin machte FOURNIER das Auditorium darauf aufmerksam, daß er, ohne daß der Patient Schmerzen empfunden hätte, eine Nadel in den Arm des Mannes einbohren konnte; er empfahl weitere Untersuchung auf Hysterie. BESNIER faßte die Erkrankung als zur Gruppe der Trochophagie, Onychophagie usw. gehörig auf und meinte, daß zwischen all diesen Erscheinungen Zusammenhänge bestehen würden.

In einer „le prurit et la trichotillomanie chez les paralytiques généraux" betitelten Arbeit schilderte FÉRÉ im Jahre 1899 den nächsten hierhergehörenden Fall.

Es handelte sich um einen 37jährigen Tabo-Paralytiker (?), der bei der Aufnahme keinerlei Hautbesonderheiten bot. Nach einiger Zeit bemerkte man, daß der Patient seine Hände dauernd in der Hose stecken hatte, und zwar hinter dem Gürtel; es konnte daraufhin festgestellt werden, daß er sich selbst die Haare ausriß, so daß nach einiger Zeit der Mons pubis und die Genitalgegend fast vollkommen kahl und die wenigen noch vorhandenen Haare abgebrochen waren. Dabei waren an der Haut keinerlei Veränderungen feststellbar. Bemerkenswerterweise hatte der Patient nunmehr einen positiven Dermographismus, den er vorher nicht gehabt hatte. Es konnte mangels der Angaben des Mannes nicht eruiert werden, ob er Juckreiz hatte. Nach einem Vierteljahr ließ der Patient seine Hände außerhalb der Hose und nunmehr wuchsen die Haare auch wieder. Der Dermographismus blieb bestehen; im übrigen blieb der Mann rezidivfrei.

Der nächste in der Literatur niedergelegte Fall ist der von RAYMOND aus dem Jahre 1902.

Eine Patientin hatte bereits in ihrer Jugend die Angewohnheit, an allen Dingen zu zupfen, selbst an ihren Haaren. Daraus hatte sich eine bestimmte Zwangsvorstellung entwickelt, sie müsse sich das Haar ausrupfen. Nach erstmaliger Konsultation eines Arztes hatte die Manie für 3 Monate nachgelassen; dann wurde sie rückfällig. Konsultation der Ärzte des Krankenhauses St. Louis ergab dann die Diagnose Alopecia areata und entsprechende Behandlung mit Einreibungen und peroralen Mitteln; ein Erfolg war jedoch während der vierjährigen Beobachtungszeit nicht festzustellen gewesen. Bei der ersten Konsultation trug die Patientin eine Perücke, nach deren Entfernung regelrecht große vollkommen haarlose Flecke neben solchen Partien, in deren Bereich die Haare bürstenartig abgeschnitten waren, festgestellt werden konnten. Seelische Behandlung nach Sicherung der Diagnose führte zum Erfolg.

RAYMOND nannte die Erkrankung „Tic d'épilation". Die nächsten Fälle schilderten in einer, „La Trichotillomanie" betitelten Arbeit 1905 DUBREUILH und MAGNE. Es handelte sich um 4 Beobachtungen.

$10^1/_2$ Jahre alter Knabe, dessen Vater Trinker war; außerdem bestanden in der Familienanamnese gewisse neuropathische Stigmata. Patient selbst war sehr leicht aufregbar, zornig, im übrigen arbeitsam und intelligent. Seit etlicher Zeit hatte Patient eigenartige Schwäche- und Unruhezustände, die er nur dadurch bekämpfen konnte, daß er sich die Haare ausriß. Keine Bewegungs- oder Wachstumsstörungen, dagegen in verschiedenen Bezirken der Haut Hyper- und Hypoästhesien. Der behaarte Kopf bot das Bild einer luischen Alopezie; die Haare waren sehr stark rarefiziert, fehlten stellenweise sogar ganz; an der Kopfschwarte keine Besonderheiten. Bei einer weiteren, einige Monate später stattfindenden Vorstellung bestand die Sucht des Patienten, die sich nach der erstmaligen Konsultation verschlimmert hatte, unverändert weiter. Die Unruhe des Patienten, derer wegen er sich die Haare ausgerissen hatte, war verschwunden.

Digitized by Google

50jähriger Lehrer, bei dem die Erkrankung im Anschluß an eine Erkältung auftrat; Patient hatte schlimme Schmerzen, die er durch Abreißen der Haare des Schnurrbartes und des Mons pubis, vor allem auf der linken Seite, zu bekämpfen hoffte, jedoch ohne Erfolg. An diesen Stellen waren die Haare nur kürzer, zum Teil abgebrochen; es fand sich keine regelrechte Alopezie. Der Patient machte nur nachts diese Versuche, tagsüber hatte er Ruhe. Ab und zu half er sich dadurch, daß er eine Abwaschung mit kaltem Wasser vornahm. Bemerkenswerterweise war trotz Einsicht der Erfolglosigkeit bei dem Patienten aus der ursprünglichen Vorstellung einer Heilung durch das Haarausziehen allmählich eine regelrechte Sucht geworden. Am Orte der Haarzerstörung selbst fanden sich keinerlei Hautveränderungen.

16jähriges, körperlich gesundes Mädchen, das vor einiger Zeit eine Schwellung der Ohrdrüsen mit nachfolgender Gesichtsschwellung und Juckreiz gehabt hatte. Nach Verschwinden für kurze Zeit Rückkehr des Juckens und der Spannung auf der Kopfhaut, außerdem Moskitostiche im Bereich der Augenlider und der Nasenwurzel. Im Anschluß hieran Ausfall der Augenbrauen innerhalb weniger Tage. Nach einiger Zeit Nachwachsen der Haare. Die Patientin konnte über die Natur des Haarausfalles keinerlei Auskunft geben; ihre Großmutter hatte ihn zuerst bemerkt.

Dazu noch ein weiterer, nicht ganz klarer Fall: 45jährige Patientin, die in ihrer Jugend einen Favus capitis gehabt hatte, der 12 Jahre dauerte und dann scheinbar spontan heilte. In Stirn- und Schläfengegend ausgedehnte narbige Alopezie. Vor einiger Zeit hatte Patientin eine Blepharitis ciliaris; Haare dort nunmehr sehr dünn, zum Teil abgebrochen. Patientin gibt bestimmt an, ihre Haare seien dort immer so gewesen.

Die beiden letztgenannten Fälle dürften wohl kaum unter das in Rede stehende Krankheitsbild eingerechnet werden können, da sie sich auch zwanglos anders erklären lassen.

RAYMOND, der bereits 1902 einen entsprechenden Fall beschrieben hatte, schilderte 1905 einen weiteren:

Eine junge, sehr nervöse Patientin begann infolge Sorgen um ihre Stellung sich die Haare auf dem Kopfe auszureißen; sie empfand den hierbei auftretenden Schmerz als eine Art Reizmittel, das ihren Mut aufrichtete. Späterhin nahm diese Sucht zu, auch als der eigentlich veranlassende Grund, die Sorge um ihre Stellung, fortgefallen war; sie begann jetzt sogar ihre Haare zu essen und zog sie auch in der Öffentlichkeit aus, während sie früher stets im geheimen die Prozedur vorgenommen hatte. Der Zustand wurde schließlich so schlimm, daß die Patientin eine Perücke tragen mußte.

Einen genau beobachteten, in seiner Art sehr eigenartigen Fall beschrieb ebenfalls 1905 CRUCHET:

35 Jahre alter, geistig normaler Organist einer großen Pfarre in Bordeau, hatte die Gewohnheit, während er nachdachte oder sich unterhielt, plötzlich, scheinbar als unbewußte Handlung, sich aus seinem Schnurrbart ein Haar auszureißen, ohne daß sein Gesicht dabei Schmerz verriet; der Patient nahm dann gewöhnlich das Haar zwischen seine Zähne, biß ein Stückchen ab und warf den Rest fort. Konnte er das Haar nicht sofort beim erstenmal ausreißen, so wurde er ärgerlich, biß es nicht ab, sondern warf es gleich fort; nur wenn er zerstreut war, führte er in diesen Fällen das Haar auch zum Mund. CRUCHET gibt ausdrücklich an, daß keinerlei Zwangsvorstellungen bei dem Patienten vorlagen, sondern daß seine Handlungen durchaus als unbewußt imponierten.

In der gleichen Arbeit, einer Dissertation, finden wir einen weiteren Fall beschrieben von YVERNOGEAU.

7 Jahre altes uneheliches Kind, geistig zurückgeblieben, Kopro- und Onychophagie, gegen Schmerz partiell abgestumpft. Seit 2 Jahren hatte Patientin auf dem Kopfe eine an Alopecia areata erinnernde Stelle, die zum Teil auch ohne Erfolg behandelt wurde. Bei genauerer Betrachtung waren einzelne abgebrochene Haare feststellbar; Patientin leugnete zunächst das Ausreißen der Haare, wurde aber später von ihrer Tante dabei überrascht, wie sie ein Haarbüschel in der Hand hielt und um ihren Finger wickelte. Heilung.

FÉRÉ hatte 1899 bereits einen Fall von Trichotillomanie bei einem Geisteskranken beschrieben; im Jahre 1906 berichtete er von weiteren in einer Irrenanstalt beobachteten hierhergehörigen Erkrankungen.

Digitized by Google

Patient mit Demenz hatte sich bereits mit Steinen Selbstverletzungen auf behaarte und unbehaarte Körperteile beigebracht; ohne weiteren ersichtlichen Grund epilierte er sich selbst im Verlaufe eines Vormittags den Schnurrbart. 2 Tage später riß er sich fast die gesamten Augenbrauen aus. Der Patient konnte für sein Verhalten keinerlei Erklärung geben; insbesondere hatte er im Gebiet der Epilation keinerlei Hautsensationen verspürt.

Patient mit generalisierter Paralyse bekam eine Gesichtsakne, namentlich im Bereich der linken Seite der Oberlippe. Im Verlauf von wenigen Minuten (!) riß er sich sämtliche Schnurrbarthaare aus, ohne daß er für diese Tat irgend eine Erklärung hatte.

Ein anderer Paralytiker epilierte sich selbst im Verlauf von 2 Tagen den ganzen Backenbart; er hatte vorher über keinerlei Hautsensationen geklagt und konnte seine Tat ebenfalls nicht erklären.

Im Jahre 1907 faßte dann WOLTERS in einer umfangreichen Arbeit das gesamte, bisher vorliegende Tatsachenmaterial zusammen; diese Arbeit stellt zugleich die erste deutsche dar, die sich mit der Trichotillomanie beschäftigt. Zugleich schilderte der Verfasser 6 eigene Fälle, die einen wesentlichen Beitrag zur Frage dieser Erkrankung darstellten.

3 Jahre alte Patientin; seit dem 1. Lebensjahre riß sich das Kind seine Haare aus und aß sie, vor allem abends im Bett, teilweise aber auch am Tage. Auf der Kopfhaut neben den charakteristischen Stellen Schuppenbildung und Kratzeffekte. Es war nicht zu eruieren, ob das Kind die Haare wegen Juckreizes sich ausriß. Keine Anästhesien und Parästhesien, keine Störungen im psychischen Verhalten. Behandlung mit Waschungen, Salben und abschließender Kappe. Besserung, Ersatz der Haare. Wiedervorstellung nach 2 Jahren wegen eines Ausschlages auf der Wange; das Haarausreißen hatte nach Angabe der Mutter seinerzeit aufgehört und erst in letzter Zeit wieder eingesetzt, als der Gesichtsausschlag erschien. Auf dem Kopfe wiederum Schuppenbildung und Rötung. Unter der gleichen Therapie wieder Besserung aller Erscheinungen.

$2^1/_2$ Jahre alte Patientin, die sich, wenn sie ruhig dasaß, ihre Haare um den Finger drehte und ausriß. Familienanamnese o. B. Sehr starke Lichtung der Haare auf dem Vorderkopf, starke Seborrhoe des Kopfes mit Kratzeffekten. Patientin selbst kam kein Jucken oder sonstige Beschwerden an. Unter entsprechender Therapie Besserung; Verf. kann über Dauerheilung keine Auskunft geben.

17 Jahre alte, geistig schwach veranlagte Schülerin. Von anderer Seite wegen Haarausfalls (auch Haare der Augenbrauen) verschiedentlich und verschiedenartig behandelt (Chrysarobin, Lichttherapie). Kopfschwarte gerötet, schuppend, Follikel verstopft. Unter Behandlung mit Waschungen und Salben Besserung; dann wieder Verschlimmerung des Haarausfalles; Patientin gab leichten Juckreiz an. Unter erneuter Behandlung wiederum Besserung. Plötzlich Ausfall sämtlicher Augenbrauen; es konnte an Hand des objektiven Befundes festgestellt werden, daß die Haare ausgerissen waren. Auch auf dem Kopfe erneuter Haarausfall. Die Mutter und Patientin selbst hatten bislang stets ein Ausreißen der Haare geleugnet; Verf. hatte aber sogleich an das Vorliegen einer Trichotillomanie gedacht. Nunmehr konnte eine Schwester der Patientin einwandfrei beobachten, daß diese bei der Arbeit und beim Lesen die Haare um den Finger drehte, ausriß und wegwarf; wenn sie angerufen wurde, „schreckte sie wie im Traum auf und hatte offenbar von ihrer Handlung, die sie fast automatisch vollführte, kein Bewußtsein". Außerdem scheuerte sie heftig. Auf entsprechende Behandlung mit Salben und Kopfkappe Besserung und Heilung. Eine oberflächliche Untersuchung konnte sonst an der Patientin nichts Abnormes feststellen.

22jährige hysterische Patientin, die kurz nach einer Operation der linken Stirnhöhle wegen starker Kopfschmerzen mit einem Haardefekt auf der linken Kopfseite erschien, die als trophische Störung unbekannter Art aufgefaßt wurde. Behandlung mit Salben und Waschungen. Nach etlichen Monaten erschien Patientin erneut in der Klinik mit multiplen, fleckförmigen Haardefekten auf dem Vorderkopf; eine genaue Inspektion ergab, daß die Haare an diesen Stellen abgeschnitten waren. Nachträglich ergab sich aus den Aussagen des Hausarztes, daß die Patientin sich zuerst, als sie in der Klinik auf die durch Durchschneidung des Supraorbitalis links gesetzte anästhetische Zone aufmerksam gemacht worden war, die Haare entsprechend dieser Ausbreitung ausgerissen hatte; später griff sie dann zur Schere. Nach ihrer Entlarvung erschien sie nicht wieder.

Digitized by Google

56jähriger Alkoholiker, der seit einigen Wochen eigenartige Sensationen im Bereich der Kopfhaut hatte; er hatte das Gefühl, als ob im Bereiche der Haut dauernd Tausende von kleinen Tieren liefen und glaubte auch eins gefunden zu haben. Diese Sensationen bestanden Tag und Nacht und zwangen den Patienten, sich zu kratzen und die Haare auszureißen. Auf der haarlosen Kopfhaut fanden sich Schuppen und Krusten; Untersuchung des Nervensystems in extenso unmöglich; es lag eine Steigerung aller Reflexe vor. Wenige Tage später Delirium tremens; Patient kam auf 1 Jahr in ein Asyl, das er ohne Spur seiner früheren Kopferkrankung nach dieser Zeit verließ.

Patient, der seit 5 Jahren über dem vorigen Fall analoge Beschwerden klagte: seine Haare seien von Parasiten durchwühlt, die er selbst an den Haaren erkenne in Form von Kolben- und Ringbildungen. Objektiv in den Haaren nichts, keine Pilze. Patient war wegen seines Leidens schon oft in Behandlung; leichte Besserung auf Brom und Teer lokal. Auf dem Kopf und im Bart große kahle Stellen. Die Haare wurden nicht aufgegessen, sondern „mit einer gewissen Befriedigung" weggeworfen; Patient erlangte eine gewisse „Virtuosität" darin, eben hervorgekommene Haare sich selbst wieder auszugraben. Epilation brachte ihm im allgemeinen Erleichterung. Bei der Untersuchung bereits Zeichen einer progressiven Paralyse, der der Patient später auch erlag.

WOLTERS polemisiert gegen HALLOPEAU, der gesagt hatte, er begreife nicht, wie die Patienten durch das Haarausreißen Erleichterung bekämen, und erinnert daran, daß ein hierbei auftretendes Schmerzgefühl sicherlich das Jucken stille. Im übrigen ist er auf Grund des vorliegenden Materials der Ansicht, daß der Begriff „Trichotillomanie" kein bestimmtes Krankheitsbild im Sinne HALLOPEAUS sei, sondern nur ein Symptom, das im Gefolge verschiedener nervöser Störungen auftreten könne; der des öfteren erwähnte Pruritus muß ätiologisch jedenfalls fallen gelassen werden. Hautsensationen und selbst psychische Depressionen können als auslösende Faktoren ebenso angesehen werden. Aus einer einmaligen Tat entwickelt sich bei derartigen Patienten eine Gewohnheit, die ihrerseits wiederum eine Ursache in einer gewissen Willensschwäche hat, für die nach WOLTERS Ansicht aber nicht generell eine psychische Neuropathie (JADASSOHN) oder Mania infantilis bei Kindern (BESNIER) verantwortlich gemacht werden kann. Der Verf. unterscheidet zwei Formen der Trichotillomanie, je nachdem die Haare durch einfaches Ausreißen oder durch Scheuern und Abreiben entfernt wurden; im ersten Falle sieht man keine Hautveränderungen, die Haare sind teils lichter, teils fehlen sie fleckförmig. Im anderen Falle ist die Haut verdickt, gerötet, schuppend und rhagadiform; die Haare fehlen diffus, sind zum Teil abgebrochen.

VOISIN und CLARAC schilderten 1910 ein gleiches Krankheitsbild bei einem idiotischen Kind, das links am Kopf an einer scharf umschriebenen Stelle sich die Haare auszog; die Verf. weisen darauf hin, daß die Folgezustände dieser Erkrankung an ein parasitäres Haarleiden denken ließen. In gleichem Sinne teilte VIGNOLO-LUTATI 1911 die Erkrankung ein in eine trichophytoide-peladoide und eine disseminierte Form; er beobachtete Fälle von beiden Arten. Die Krankheit kann nach seiner Ansicht hervorgerufen werden durch Hyperästhesien in Form von Juckanfällen, daneben aber auch als Folge von Anästhesien, wobei die Patienten unbewußt durch einen nervösen „Tic" sich die Haare ausreißen; bei der letztgenannten Möglichkeit soll es sich nach VIGNOLO-LUTATI stets um hysterische, nervöse Individuen handeln. SUTTON glaubt an Hand von zwei selbstbeobachteten Fällen, daß Arsenbehandlung bei der Trichotillomanie einen Erfolg habe; als noch besser empfahl er, das Haar mehrere

Digitized by Google

Monate lang kurzgeschnitten zu halten. Unter dem Namen „Dermatothlasie" beschrieb er in der gleichen Arbeit einen der Trichotillomanie verwandten Zustand: Ein Patient hatte die dauernde Begierde, sich an mehreren Körperstellen zu reiben und zu kratzen. Auf Grund der Lektüre dieser Arbeit schilderte 1915 MARTIN einen Fall von Trichotillomanie bei einem 4jährigen, sonst gesunden Kind, das seit einem Jahre die Gewohnheit hatte, sich die Haare auszureißen, zunächst auf der linken Kopfseite, später auf dem ganzen Kopf; Arsenmedikation wirkte nicht besonders gut, und Verf. sah in einem Kurzhalten der Haare immerhin noch die Medikation, die günstige Aussichten zur Heilung bieten würde. Sexuelle Momente sah PERNET für seine beiden Fälle als Ursache an, die er 1915 beschrieb.

20jährige Patientin, der wiederholt am Unterkiefer nekrotische Knochenstückchen entfernt worden waren. Haare zum Teil abgebrochen und unregelmäßig wachsend. Bestätigung der artefiziellen Natur beider Läsionen. Heilung durch Suggestion und Baldrian.

22jährige Patientin, seit 2 Jahren in Gesicht und Brust länglich streifige Läsionen; seit einem Jahre fleckweiser Haarausfall, der als artefiziell bedingt agnosziert wurde. Anamnestisch ein hysterischer Anfall. Anästhesie im Pharynx und am rechten Zungenrand, keine Schmerzpunkte.

PERNET ist der Ansicht, daß Psychoanalyse in seinen beiden Fällen die erwähnten sexuellen Momente aufgedeckt haben würde. GRAHAM LITTLE beobachtete 1920 ein $4^1/_2$ Jahre altes Kind, das sonst gesund war, und Nägelabbrechen und Fingerlutschen abwechselnd mit Haarausreißen betrieb; als beste Therapie wurde Kurzschneiden der Haare angegeben. Für einen weiteren, 1922 beschriebenen Fall sah der Autor SEMON Fadenwürmer als Ursache an; der sonst gesunde Patient, ein 6jähriger Knabe, hörte mit dem Ausreißen der Haare auf, als die Würmer infolge einer eingeleiteten Wurmkur verschwunden waren. Im übrigen wird nach seiner Ansicht Trichotillomanie bedingt durch perverse Anlage mit Epilepsie, „moral insanity" und andere geistige Störungen.

Nach Schilderung dreier Fälle von Trichotillomanie bei einem etwas zurückgebliebenen Kind, einem an Zwangsvorstellungen leidenden Manne und einer Maniakalischen geht 1922 COPPOLA genauer auf die Definition des Krankheitsbegriffes ein. Er hält die Zusammenfassung der verschiedensten Formen der Autodepilation unter den Begriff Trichotillomanie nicht für haltbar, und unterscheidet eine Autodepilation dementialen Ursprungs (Dementia praecox, Dementia paralytica, Melancholie usw.) von einer echten Trichotillomanie bei vollkommen oder annähernd normaler Intelligenz; die letztgenannten Patienten sind leichte Neuropathen mit vorwiegend motorischer Unruhe, das Haarausraufen ist psychogenetisch mit Zwangsvorstellungen auf dem Boden einer besonders affektativen Prädisposition zu erklären und wird dadurch zum „Tic" gestempelt.

Die Fälle der nächsten Jahre finden sich in der Literatur fast stets in den Sitzungsberichten der Gesellschaften ohne genaueren, kompletten klinischen Status. So stellte SWEITZER 1924 ein 6jähriges Mädchen vor, das einen Ring abgebrochener Haare und alopezische Stellen auf dem Kopfe aufwies; OLSON berichtete in der gleichen Sitzung von einem analogen Fall und empfahl Abschneiden der Haare, worauf in seinem

Digitized by Google

Falle Besserung eintrat. Der bei dieser Gelegenheit vorgebrachte Vorschlag COOKS, die Arme des Kindes so zu binden, daß es die Haare nicht erreichen kann, wird wohl kaum zur Heilung der Erkrankung beitragen. APERT und GARCIN demonstrierten in der Pariser Gesellschaft der Kinderärzte 1924 ein 2jähriges Mulattenkind, das eine schwere Rachitis hatte. Auf dem Hinterkopf bestand das Bild einer Alopecia luica; auf dem Kopf bestanden kahle Flecken; am vorderen Haarkranz waren nur einzelne Haare stehengeblieben. Auf dem Rücken zahlreiche Mongolenflecke. WR positiv, deshalb wurde eine antiluische Kur eingeleitet. Es konnte jedoch festgestellt werden, daß das Kind sich selbst die Haare ausrupfte und verschluckte. STRANDBERG erwähnte einen entsprechenden Fall auf der Stockholmer dermatologischen Gesellschaft 1924. SUTTON und TIMME beobachteten einen Knaben, der mit dem 2. Lebensjahre begann, sich die Haare auszureißen; im übrigen wies das Kind degenerative Erscheinungen auf. Die Autoren glauben durch den Umstand, daß das Kind die Haare ausriß, statt sie abzubrechen, einen Unterschied ihres Falles gegenüber der echten Trichotillomanie sehen zu sollen. Auf der Dänischen dermatologischen Gesellschaft 1927 stellte GENNER einen 3jährigen Knaben vor mit der gleichen Krankheit, ebenso OLIVER auf einer amerikanischen Gesellschaft.

Der zuletzt geschilderte, hierhergehörige Fall ist der von GALEWSKI; er betrifft eine 81jährige Patientin, die sich bereits jahrelang von ihrer Tochter die Haare am Mons veneris ausziehen ließ, da sie annahm, die Hautporen seien verschlossen und die besonders festen Haare würden sich nur unter Schmerzen durch die Haut bohren.

Somit beträgt die Zahl der in der Literatur etwas ausführlicher erwähnten Fälle von Trichotillomanie etwa 40; genau ist sie nicht feststellbar, da einige Diskussionsredner und Autoren sagen, daß sie „mehrere Fälle" gesehen hätten. Dazu kommt noch, daß verschiedene Fälle als zweifelhaft anzusehen sind, so z. B. ein von KLEIN in Amerika vorgestellter, der eine 28jährige Frau betraf, die ihr vorher volles Haar plötzlich zum Teil verlor; FREEMANN und GOECKERMANN sprachen sich für die Diagnose einer Trichotillomanie aus. Des weiteren finden sich in der Literatur unter den Diagnosen „eigentümlicher Fall von Alopezie", „traumatische Alopezie" usw. Fälle, die sicherlich unter die Gruppe der Trichotillomanie rubriziert werden müssen. So stellte 1898 z. B. FOX auf der Londoner dermatologischen Gesellschaft einen Fall von „eigenartiger Alopezie" bei einem 3jährigen Kind vor, das bei vollkommen gesunder Kopfhaut seit 14 Monaten Verdünnung und Ausfallen der Haare aufwies, ohne daß eine Ursache hierfür hätte ergründet werden können. Nach seiner ganzen Anamnese ist der Fall zum mindesten verdächtig auf das Vorliegen einer Trichotillomanie.

Naturgemäß bedeutet der Name Trichotillomanie kein Krankheitsbild, sondern lediglich ein Symptom, das verschiedene Ursachen haben kann, wobei es an und für sich gleich ist, ob diese Ursachen bestehen in bestimmten Zwangsvorstellungen, in einer Demenz oder in der Tendenz, einen bestehenden heftigen Juckreiz zu lindern. In dieser Hinsicht stimmen wir in unserer Ansicht vollkommen mit WOLTER überein; eine Unterscheidung zwischen Autodepilation bei Dementen und Trichotillo-

Digitized by Google

manie bei geistig Gesunden im Sinne COPPOLAS halten wir kaum für angebracht; fließende Übergänge zwischen beiden Formen werden sich bestimmt finden. Es wäre nur die Frage, ob man unter den Begriff „Trichotillomanie" ausschließlich die Fälle rubrizieren sollte, in denen die Epilation lediglich durch Ausreißen, nicht aber durch Ausscheuern, wie verschiedentlich beschrieben, vorgenommen wurde. Steckt man den Begriff weiter und bezieht die Fälle der letztgenannten Ätiologie auch hinzu, so fielen z. B. die bei rachitischen Kindern fast regelmäßig am Hinterkopf zu beobachtende, durch den Spasmus rotatorius bedingte Alopezie auch hierunter.

Unser Fall ist aus mehreren Gründen bemerkenswert, einmal, weil er ein 2jähriges Kind betrifft, also das jüngste Alter aller bislang in der Literatur beschriebener Beobachtungen, soweit Altersangaben überhaupt vorhanden sind. Weiterhin trat, vielleicht als Folge des veränderten Milieus (Krankenhausaufenthalt), eine Exazerbation der Tendenz zum Haareausreißen auf bzw. der Prozeß begann erst hier; die Mutter gab nachträglich an, das Kind hätte zu Hause schon mal ab und zu sich Haare ausgerissen, eine Angabe, die naturgemäß nicht allzusehr zu bewerten ist, da sie erst nach Bekanntwerden des Leidens von der Mutter gemacht wurde. Endlich ist interessant an dem Falle, daß die Kleine die ausgerissenen Haare zunächst in ihr Bettchen legte; als sie dann ausgescholten und bestraft war unter ausdrücklicher Betonung des Grundes, steckte sie, scheinbar aus Angst wieder entdeckt zu werden, die Haare in den Mund und verschluckte sie.

Eine nochmalige Überprüfung des gesamten neurologischen und psychischen Status bei der Patientin von fachärztlicher Seite (Dr. LÖWENBERG, 3. medizinische Abteilung, Oberarzt Dr. TRÖMNER) ergab keine pathologischen Befunde. Nach genügend langer und eingehender Beobachtung wurde dann der Kopf kahl geschoren. An den entsprechenden Stellen sah man einen durchaus unscharf begrenzten Haarausfall, wobei viele Haare noch stumpfförmig vorhanden waren. Die kleine Patientin weinte 2 Tage lang, nachdem ihr die Haare entfernt worden waren, fast ununterbrochen; sie schien diese Prozedur als Strafe aufzufassen. Ein „Nachzupfen" nach Abscheren der Haare konnte nicht beobachtet werden.

Die Diagnose der Trichotillomanie ist leicht zu stellen, wenn man in allen Fällen unklaren Haarausfalles daran denkt und die Patienten entsprechend beobachtet. Differentialdiagnostisch kommt wohl kaum eine andere Erkrankung in Frage. Die Therapie der Erkrankung besteht einzig und allein in Kurzscheren der Haare, wobei diese auch während längerer Zeit kurz gehalten werden müssen.

Nachtrag nach Fertigstellung der Arbeit

Nach Abschluß vorliegender Arbeit erschien die ausführliche Beschreibung des GALEWSKYschen Falles in der Festschrift für E. HOFFMANN, auf die nachdrücklichst verwiesen sei. In ihr wird noch ein Unterschied gemacht zwischen der eigentlichen Trichotillomanie und der Trichokyptomanie, die in dem krankhaften Wunsche besteht, sich die Haare abzubrechen. Unter Berücksichtigung des oben Gesagten hätte man dann also drei verschiedene Formen der mechanischen Haarent-

Digitized by Google

fernung aus krankhaften Zwangsvorstellungen heraus zu unterscheiden, nämlich Entfernung durch Ausreißen, Ausscheuern und Abbrechen. Wir glauben, daß derartig detaillierte Unterscheidungen zwecklos sind, daß es vor allen Dingen zwecklos ist, jede dieser drei Erkrankungen noch mit einer speziellen lateinisch-griechischen Bezeichnung zu belegen. Die klinischen Bilder sind letzten Endes bei allen drei Formen mehr oder weniger dieselben, desgleichen die Therapie. GALEWSKY legt therapeutisch in erster Linie Wert auf psychische Behandlung, mit der er allerdings in seinem eigenen Falle keinerlei Erfolg hatte; naturgemäß kommt eine solche Behandlung für ein 2jähriges Kind kaum in Frage.

Literatur

Die in Sitzungen dermatol. Gesellsch. vorgestellten Fälle der letzten Jahre siehe einschließlich Bände vom Zbl. f. Hautkrkh. — COPPOLA, Riv. di pathol. nerv. e ment., 1922, Bd. 27, S. 601. — CRUCHET bei YVERNOGEAU. — DUBREUILH und MAGNE, J. de méd. de Bordeaux, 1905, S. 449. — FÉRÉ, Nouv. iconograph. de la Salpêtrière, 1899, S. 312. — FÉRÉ, ibidem, 1906, S. 168. — FOX, Brit. J. of Derm., Februar 1898. — FREEMANN und GOECKERMANN, bei KLEIN. — GALEWSKY, Zbl. f. Haut, Bd. 25, S. 64. — GALEWSKY, Derm. Zschr., Bd. 53, S. 208. — GENNER, Zbl. f. Haut. Bd. 25, S. 648. — GRAHAM LITTLE, Proc. of the Royal Soc. of Med., Dermatol. Section, Sitzung vom 17. VI. 1920. — HALLOPEAU, Ann. de Derm. et de Syph., 1889, S. 440. — HALLOPEAU, ibidem, 1894, S. 541. — KLEIN, Arch. of Derm. a. Syph., 1922, Bd. 5, S. 681. — MARTIN, J. Am. M. Ass., 1915, Nr. 15. — OLIVER, Arch. of Derm. a. Syph., 1927, Bd. 16, S. 340. — PERNET, Brit. J. of Derm., Bd. 27, S. 85. — RAYMOND, J. de Méd. interne, 1902, S. 195. — RAYMOND, J. des pratic., 1905, S. 683. — SEMON, Brit. m. J., 1922, Nr. 3199, S. 641. — SUTTON, J. Am. M. Ass., Dezember 1914. — VIGNOLO-LUTATI, Morgagni, Februar 1911. — VOISIN und CLARAC, Bull. méd., 1910, Nr. 4. — WOLTERS, M. Kl., 1907, Nr. 23 und 24. — YVERNOGEAU, Thèse de Paris, 1905.

Mitteilung aus dem Laboratorium des „Elisabeth"-Krankenhauses Hódmezövásárhely (Leitender Oberarzt: Dr. PAUL ORMOS, Direktor: Priv.-Doz. Dr. ANTAL GENERSICH)

Experimente mit Thallium an stillenden Ratten

Von

Dr. JOHANN v. VÁSÁRHELYI

Mit 5 Abbildungen im Text

Seitdem BUSCHKE, LANGER, PEISER, KLOPSTOCK u. a. über Thallium berichteten, hat das Interesse für dieses Mittel stetig zugenommen. Auch vom theoretischen Standpunkte ist das Mittel hochzuwerten, da wir durch seine Wirkung imstande sind, die Funktion der innersekretorischen Drüsen zu studieren.

Für Versuchszwecke mit Thallium sind die weißen Ratten sehr geeignet. Wenn junge Ratten längere Zeit mit sehr kleinen Dosen von Thallium gefüttert werden, so treten bei ihnen sehr charakteristische Veränderungen auf. Die Tiere bleiben im Wachstum zurück, ihre Geschlechtstätigkeit hört auf und sie verlieren sehr auffallenderweise ihre Pelzhaare, aber niemals die Tasthaare. Der Ausfall der Pelzhaare beginnt nach 2 Wochen (von der ersten Thalliumdose ab gerechnet) und setzt sich bis zu der vollständigen Kahlheit des Tieres fort. Die Haut wird trocken.

Digitized by Google

Die Tiere verlieren ihre Lebhaftigkeit und zeigen kein Interesse für die Umgebung. Es treten rachitische Veränderungen an den Knochen auf, manchmal auch Katarakta. Beim Zustandekommen dieser Erscheinungen spielen die endokrinen Drüsen und das mit ihnen eng zusammenhängende sympathische Nervensystem eine wichtige Rolle. (Die schweißhindernde Eigenschaft des Thalliums, weshalb es schon lange gegen Nachtschwitzen der Phthisiker angewendet wurde, erklärt sich aus dem Obigen.) Nach den neuesten Forschungen sollten die Geschlechtsdrüsen wie Testis

Abb. 1. Zwei Wochen alte Ratte. Körper mit feinen Haaren gleichmäßig bedeckt

Abb. 2. Anfang des Kahlwerdens an beiden Seiten des Rückens

Ovarium, die Wirkung des Thalliums hindern, Thymus aber unterstützen (Berde, Flamm). Eine endgültige Klärung der Frage liegt noch nicht vor. Soviel läßt sich aber schon jetzt als bewiesen betrachten, daß die angeführten Erscheinungen durch die Verhinderung der Funktion einiger endokriner Drüsen durch direkte oder indirekte Wirkung auf das sympathische Nervensystem hervorgebracht werden. Wichtigere anatomische Veränderungen wurden bis jetzt nicht nachgewiesen. Einige Autoren haben Atrophie der Thyreoidea, Parathyreoidea, Testikel und Nebenniere gesehen.

Abb. 3. Dasselbe Tier, mit Ausnahme des Kopfes, der Beine und der Schwanzwurzel ganz kahl

Die Aufgabe dieser Abhandlung ist die Klärung folgender Fragen: 1. Welche Veränderungen treten an den stillenden Ratten und an ihren Jungen auf, wenn die Muttertiere während der Stillperiode mit Thallium gefüttert werden, 2. ob das Gift mit der Milch übertragbar ist.

In 3 Serien mit je 2 Muttertieren, also zusammen mit 6 Muttertieren, führte ich meine Experimente aus. Für Versuchszwecke benutzte ich erst- oder zweitgebärende Ratten. Thallium aceticum wurde in jedem Falle auf Brot getropft per os gegeben, in ausreichenden Dosen und es wurde streng darauf geachtet, daß das Brot von den Tieren verzehrt werde. Dies konnte ich durch die frühmorgige Dosierung des Giftes erreichen, wenn die Tiere am hungrigsten waren. Ich habe die Dosierung des Thalliums am 1. Tage nach der Geburt begonnen und setzte sie 2 Wochen fort. Es ist bekannt, daß die jungen Ratten ohne Fellhaar auf die Welt kommen. Erst mit dem 8.—10. Tage bekommen sie Flaumen und erst nach 2 Wochen feine Fellhaare. Als Beweis für die Wirkung des Thalliums dienten mir die charakteristischen

Digitized by Google

Veränderungen an den Fellhaaren, mit einem Wort die Kahlheit, und ich wandte dem meine Aufmerksamkeit zu.

Tier Nr. 1 und 2 erhielten von dem 1. Tage nach der Geburt 2 Wochen lang täglich 0.2 mg Thallium. Erfolg: Die Fellhaare der jungen Tiere wurden an beiden Seiten des Rückgrates schütter, aber eine ausgesprochene Kahlheit war nicht zu bemerken. An den Muttertieren zeigte sich keine Veränderung.

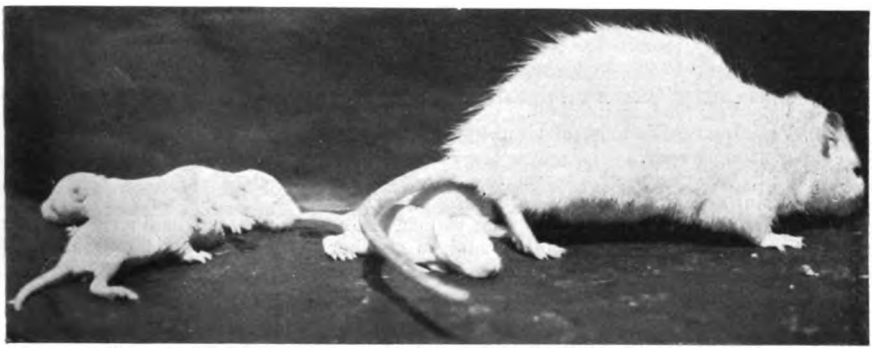


Abb. 4. Zwei Wochen alte Ratten, Körper mit feinen Haaren bedeckt

Tier Nr. 3 und 4 bekamen eine größere Dose von 0,4 mg Thallium, ebenfalls 2 Wochen lang. Der Erfolg blieb diesmal nicht aus.

Muttertier Nr. 3, Geburt am 22. III., 6 Junge, erhielt 2 Wochen lang 0,4 mg Thallium. Nach 2 Wochen sind die jungen Tiere mit schönen gleichmäßig gewachsenen feinen Fellhaaren bedeckt (Abb. 1).

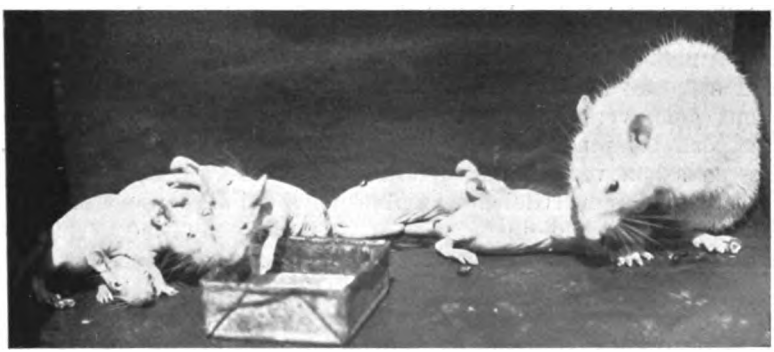


Abb. 5. Dieselbe Brut nach einer Woche. Die Jungen vollständig kahl. Am Muttertier keine Veränderung

Von dem 18. Tage ab beginnt das Kahlwerden und nach 3 Wochen sind die Tiere am Rücken und Bauch ganz kahl. Am Kopf, Schwanzgegend und an den Beinen fielen die Haare nicht aus (Abb. 2 und 3).

Nach 4 Wochen fängt die Behaarung an nachzuwachsen und zu dieser Zeit verlieren die früher intakt gebliebenen Stellen ihre Haarbekleidung. So sind manche Tiere am Kopf, Schwanzgegend und an den Beinen ganz kahl, sonst schön haarig.

Nach 6 Wochen sind die Tiere wiederum mit Haaren bedeckt, nur ein mäßiges Zurückbleiben an Wachstum und Körpergewicht weist auf die Giftschädigung hin.

An den Muttertieren zeigte sich auch diesmal keine Veränderung.

Digitized by Google

Muttertier Nr. 4, Geburt am 16. III., 11 Junge, tägliche Dose von 0,4 mg Thallium 2 Wochen lang.

5. IV. Beginnender Haarausfall.

18. IV. Die Ratten sind kahl, mit Ausnahme des Kopfes, der Schwanzgegend und der Beine.

22. IV. Beginn des Haarwuchses. Die intakt gebliebenen Gegenden verlieren die Haarbekleidung.

Die Muttertiere ohne Veränderung.

Tier Nr. 5, Geburt am 10. V., 7 Junge, tägliche Dose von 0,5 mg Thallium vom 11.—25. V.

23. V. Die Jungen bekommen Flaumhaare (Abb. 4), vom 24. V. an allmählicher Haarausfall.

4. VI. Vollständige Kahlheit. Die Tasthaare sind intakt (Abb. 5).

9. VI. Haarnachwuchs, erst an den Beugeseiten und an dem Bauch, und später an dem ganzen Körper.

15. VI. Restitutio ad integrum.

Das Muttertier zeigt keine Veränderung.

Tier Nr. 6 bekommt ebenfalls eine tägliche Dose von 0,5 mg Thallium 2 Wochen lang. Die Veränderungen der Jungen sind zu gleicher Zeit und in ähnlicher Weise wie oben aufgetreten. Das Muttertier blieb auch diesmal gesund und ohne Veränderung.

Unsere Resultate sind auf Grund der obigen Ergebnisse die folgenden:

Die Muttertiere, die mit Thallium gefüttert wurden, erlitten selbst keine Schädigung, die von ihnen gestillten jungen Tiere aber zeigten ausgesprochene Vergiftungserscheinungen (Haarausfall). Wenn ausgewachsene weder gravide noch stillende Ratten mit gleichen Dosen Thallium gefüttert werden, erfahren wir auch bei ihnen Giftschädigungen.

Es ist bemerkenswert einerseits, daß das Thallium mit der Muttermilch übertragbar ist und auf diesen Wegen seine Wirkung entfalten kann, andererseits: daß die Wirkung des Thalliums nicht anders wie eine auf das endokrine System ausgeübte Vergiftungserscheinung aufzufassen ist. Man muß eine verschiedene Stabilität des endokrinen Systems im jugendlichen und späteren Alter annehmen, um die obige Wirkung des Thalliums ganz verständlich zu machen. Wir wollen den Umstand so erklären, daß bei jungen Tieren das endokrine System sehr labil ist, infolgedessen schon verhältnismäßg kleine Dosen Vergiftungserscheinungen hervorbringen können. Gleiche Dosen bringen bei ausgewachsenen stillenden Ratten keine Schädigungen hervor, weil das endokrine System wahrscheinlich während der Stillperiode dem Thallium gegenüber resistent ist.

Literatur

1. Buschke und Peiser. Wirkung des Thalliums auf das endokrine System. Kl. W., 1922. — 2. Buschke und Peiser, Experimentelle Erzeugungen usw. Kl. W., 1924. Nr. 13. — 3. Buschke, Klopstock und Peiser, Biologisch-chemische Untersuchungen usw. M. Kl., 1924, Nr. 11. — 4. Buschke und Langer, Die Epilation bei Haarpilzerkrankungen mittels Thallium. M. m. W., 1926. — 5. Buschke, Christeller und Lövenstein, Schädelknochenveränderungen bei Thalliumvergiftung. Kl. W., 1927, Nr. 23. — 6. Ehrhardt, Einfluß usw. Kl. W., 1927, Nr. 29. — 7. Buschke und Langer. Ther. d. Gegenw., 1927. — 8. Buschke und Bermann, Weitere Untersuchungen usw. M. m. W., 1927, Nr. 22. — 9. Buschke und Langer, M. m. W., 1927, Nr. 35. — 10. Grshebin und Salzmann, Essigsaures Thallium usw. Derm. Zschr., 1928, H. 2. — 11. Berde, Über die Beeinflussung usw. Derm. W., 1928, Nr. 24.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

Archiv für Dermatologie und Syphilis

1928, Bd. 156, H. 1

Die Ausscheidung des Wismuts aus dem menschlichen Organismus unter Berücksichtigung der Bedeutung für die Therapie der Syphilis bei verschiedenen Anwendungsarten und Präparaten, von W. Engelhardt, Hautkl. Gießen. S. 1—42. Die Ausscheidung des Wismuts erfolgt im wesentlichen durch Darm und Niere. Die Abgabe desselben durch Schweiß, Galle, Speichel, Milch und Menstrualblut spielt keine Rolle. Mit Ausnahme der oralen wird bei allen Applikationsarten die Hauptmenge des Wismut durch den Harn ausgeschieden. Die Ausscheidung im Kot beträgt nur etwa $^1/_3$—$^1/_7$ der Harnelimination. Während der Kur wird im Kot das Wismut ziemlich gleichmäßig ausgeschieden, erst gegen Ende derselben nehmen die Werte allmählich zu. Stärkere Unregelmäßigkeiten werden nur nach der Injektion von Jod und Chinin enthaltenden Präparaten angetroffen. In der Remanenz erreichen die Fäzeswerte, ohne selbst wesentlich höher zu gehen, die schneller sinkenden Harnwerte. Das Verschwinden des Wismuts in Harn und Kot erfolgt ziemlich gleichmäßig. Perkutan verabreichtes Wismut kann auch in der Remanenzzeit nur in Spuren nachgewiesen werden. Nach dem scheinbaren Aufhören der Ausscheidung wird nach langer Zeit bei allen Applikationsarten ein Wiederauftreten der Ausscheidung festgestellt (Spätremanenz). Die Bestimmung des ausgeschiedenen Wismuts erlaubt Rückschlüsse auf die Resorptionsgeschwindigkeit der Präparate. Bei der Prüfung ergibt sich, daß bei allen Präparaten und ihrer Anwendungsweise die Resorption des Wismuts schneller vonstatten geht als die Ausscheidung. Hierdurch kommt es zur Depotbildung, deren Elimination in zwei Schüben (Remanenz und Spätremanenz) erfolgt. Die Ausscheidung im Urin beträgt 15—50%. Nach oraler Darreichung werden während der Applikation (von 12 g Bi) etwa $^4/_5$ und in der Remanenzzeit etwa $^1/_5$, weiterhin bei den Schmierkuren mit Wismutmitteln während der Behandlung etwa 0.3% und in der Remanenz nur Spuren und schließlich von intravenös gegebenen Wismutpräparaten während der ganzen Kur etwa 40% und in der Remanenz etwa 10% ausgeschieden. Bei den intramuskulär injizierten Wismutpräparaten ist die Resorption abhängig von verschiedenen Eigenschaften: Suspensionsmittel, Größe der Suspensionsteilchen, Löslichkeit, Konzentration, Form, Größe und Lage des Infektionsfokus. Wäßrige Lösungen ergeben die gleichmäßigsten Ausscheidungskurven, Ölsuspensionen dagegen zeigen große Unregelmäßigkeit. Bei ihnen beträgt die Ausscheidung zwischen 15—25% mit Ausnahme der jod- und chininhaltigen Mittel, bei denen es sich um das Doppelte handelt. Kolloidales Wismut verhält sich in seiner Gesamtausscheidung wie die in Öl suspendierten nicht jod- und chininhaltigen Präparate. Ein günstiges Verhalten zeigen die in Öl löslichen Verbindungen (540 Dh Merk). Aus den Untersuchungen ergibt sich, daß die täglich zuzuführende Wismutmenge im allgemeinen 25—30 mg nicht überschreiten soll. Eine Durchschnittskur von 6—7 Wochen mit einer Gesamtmenge von 1100—1300 mg wird am besten mit intramuskulärer Injektion eines in pflanzlichem Öl gelösten Präparates durchgeführt. Für Wiederholungskuren, für Kinder oder in Verbindung mit Salvarsan eignet sich kolloidales Wismut in isotonischer Lösung oder ein in wäßriger Flüssigkeit gelöstes Präparat, die beide intramuskulär gegeben werden müssen. Für sehr kräftige Kuren, die ohne Salvarsan durchgeführt werden, ist die einzeitige intravenös-muskuläre Kur mit Wismut-Chinin-Jodverbindungen brauchbar. Das behandlungsfreie Intervall soll bei Verwendung von wasserlöslichen Präparaten oder Kolloid in isotonischer Lösung nicht länger als 6 Wochen sein, nach Verabreichung von in Öl suspendiertem Wismut in einer Gesamtmenge von 1000 und mehr Milligramm zwischen 8—10 Wochen betragen.

Zur Frage der „multiplen gutartigen Hautepitheliome", insbesondere der sog. Spieglerschen Tumoren, von R. Hanser und S. Fuss, Path. Inst. u. Hautabt. Stadtkrkhs. Ludwigshafen a. Rh. S. 43—72. Bei einem 38jähr. Manne hatten sich in den letzten 8 Jahren zahlreiche hirsekorn- bis walnußgroße Knoten am behaarten Kopfe

Digitized by Google

entwickelt, die zum größten Teile operativ entfernt wurden. Die histologische Untersuchung ergab Geschwülste von alveolärem Bau im Korium, die von hier aus sich tief ins Fettgewebe ausdehnen. Bei voller Entwicklung ist das Geschwulstparenchym von einem schmalen hyalinen Bande umgeben, das, wie Übergangsbilder zeigen, ein Produkt der epithelialen Zellen ist. Es finden sich regressive Veränderungen in Form von Atrophien und Nekrosen, wobei bemerkenswerterweise der hyaline Bandapparat erhalten bleibt. Im Bereich der Geschwülste fehlen die Anhangsgebilde der Haut. An vereinzelten Stellen konnte ein Zusammenhang mit dem Follikelepithel der Haare nachgewiesen werden. Der Vater des Pat. hatte in gleicher Weise wie der Sohn zahlreiche Geschwülste im Bereiche der Kopfhaut aufzuweisen, die gleichfalls dem Bilde der Spieglerschen Tumoren entsprachen. Eine Tochter des Vaters bzw. eine Schwester des Sohnes hatte Tumoren auf dem Kopfe, die aber nach der Untersuchung einen Gefäßnävus darstellten. Bemerkenswert ist die lokale Disposition zur Entwicklung einerseits von gleichartiger, andererseits von andersartiger Tumorbildung. Besonderer Wert wird auf den Befund des hyalinen Saumes, der die Geschwülste umgibt, gelegt. Das Hyalin stellt offenbar einen Teil des Epithels dar und ist als ein Sekretprodukt seiner Zellen anzusprechen. Es läßt sich ferner beobachten, daß die hyaline Geschwulstmembran sich kontinuierlich auf die Glashaut desH aarfollikels fortsetzt. Mit Talg- und Schweißdrüsen finden sich keine Zusammenhänge, ebensowenig mit der übrigen Epidermis. Denn das Hyalin reicht höchstens bis an die Epidermis heran, begleitet sie aber dann nicht mehr. Die hyalinen Bänder sind nicht bloß ein Charakteristikum der Spieglerschen Tumoren, sondern auch ein Zeichen für ihre Gutartigkeit.

Beiträge zu einer physiologischen und pathologischen Chemie der Haut. II. Mitteilung. Der Wasser-, Kochsalz-, Reststickstoff- und Fettgehalt in der Norm und unter pathologischen Verhältnissen, von E. Urbach, Hautabt. Israel. Krkh. Wien. S. 73—101. Der Wassergehalt der normalen Haut ist abhängig von der Hydrationskapazität der Proteinkolloide des Gewebes. An der Wasserspeicherung ist nicht nur das Stratum reticulare, sondern auch die Papillarschicht beteiligt. Die übermäßige Ansammlung von Wasser beruht entweder auf einer Störung des Wasserbindungsvermögens des Gewebes oder ist sekundär durch einen gestörten Kochsalzstoffwechsel bedingt. Der Kochsalzgehalt der normalen Haut wurde zu 200—320 mg/% bestimmt. Alimentäre Belastung mit Kochsalz erzeugte beim Normalen eine nur geringe Anreicherung desselben sowie des Wassergehaltes. Der Gesamtstickstoff der normalen menschlichen Haut ist sehr hoch (3,5—4%), ein Wert, der größer ist als derjenige der eiweißreichsten Organe des Körpers. Bei experimenteller Hervorrufung einer akuten Nierenerkrankung wird die relativ höchste Reststickstoffmenge im Blute erzeugt, die absolut größte in der Muskulatur. Das Organ, welches die nächstgrößte Reststickstoffzunahme aufweist, ist die Haut, die demnach ein bedeutendes Speicherorgan für Eiweißschlacken darstellt. Auch der Fettgehalt der Haut hat für den Wasser-, Salz- und Stickstoffgehalt einflußreiche Bedeutung. Die Untersuchungen an der kranken Haut ergeben bei Eczema acutum, Erythrodermie, Erysipel und Psoriasis eine bemerkenswerte Erhöhung des Wassergehaltes, zu dem bei der Psoriasis noch eine Kochsalzspeicherung tritt. Ein Stauungsödem zeichnet sich demgegenüber durch besonders niedrige Kochsalzwerte aus. Hohe Wasserzahlen weisen ferner auf Ichthyosis, Sklerodermie und Dermatitis atrophicans. Akromegalie ist in den erkrankten Partien sehr wasser- und salzreich, umgekehrt verhält sich Diabetes insipidus. Die endokrine Fettsucht läßt häufig einen präödematösen Zustand erkennen. Die außerordentlich hohen Werte beim Pemphigus sind nicht in allen Fällen nachweisbar, sondern zeigen sich bei ihnen erst bei einer Belastung mit mindestens 10 g NaCl pro die nach etwa 10 Tagen. Diese Kochsalzspeicherung von 100% und mehr ist zwar nicht für den Pemphigus allein charakteristisch, da sie auch bei anderen schweren Haut- und Allgemeinkrankheiten (Erythrodermie, Karzinom, Anämie usw.) vorkommt, wohl aber ein wertvolles Differentialdiagnostikum gegenüber dem Erythema multiforme, Dermatitis bullosa und anderen pemphigusähnlichen Blasenausschlägen. Wie bei der chronischen Nephritis weist auch beim Alterspruritus die Haut einen bedeutenden Gehalt an Reststickstoff auf. Da eine Nierenaffektion nicht in Frage kommt, so kann die Ursache der Retention nur im Verhalten der Haut selbst erblickt werden. Hierbei scheint beim Menschen das Stratum papillare stärker als das reticulare beteiligt zu sein.

Klinische Beiträge zur Kenntnis der Pathogenese der Impetigo herpetiformis, von R. v. Leszczynski, Frauen-, Haut- u. Geschl.-Abt. Lemberg. S. 102—121. Zur Beobachtung gelangten 4 Fälle: neben akuten, unter Schüttelfrost und Fieber einsetzenden

Digitized by Google

Aussaaten typischer miliarer Bläschen, deren Inhalt von Anfang an trübe, eitrig ist, bei zwei Patienten Übergang in ein psoriasiformes Stadium und bei einem auch fleckförmige Erytheme. In zwei Fällen war die Krankheit durch eine vor ihrem Beginn bestehende Psoriasis vulgaris kompliziert. Bemerkenswert war hierbei, daß alle Psoriasisherde von den Eiterbläschen der Impetigo herpetiformis verschont blieben, ferner, daß in einer Zeit, in welcher die Impetigo herpetiformis noch lange immer neue Eruptionen hervorrief, die Psoriasis rapid zurückging. Außerdem wurden endokrine Beziehungen gefunden. In einem Falle wurde eine Hypofunktion der Thyreoidea und der Hypophyse, in einem anderen eine Amenorrhoe verzeichnet, die ebenfalls eventuell als Hypophyseninsuffizienz gedeutet werden kann. In allen Fällen bestand das Chwosteksche Phänomen (Tetania latens), das als ein Ausfallssymptom der Epithelkörperchen angesehen wird. Die bekannte Beeinflussung der Psoriasis durch die gleichen innersekretorischen Drüsen scheint darauf hinzuweisen, daß bei beiden Krankheiten eine Schädigung oder Minderwertigkeit dieser genetisch verwandten Drüsen bei der Entstehung der Krankheitsbilder eine Rolle spielt. Auch in morphologischer Hinsicht kommen sich die beiden Krankheiten nahe. So bestehen Ähnlichkeiten nicht bloß zwischen der Psoriasis und dem psoriasiformen Stadium der Impetigo herpetiformis, sondern auch zwischen den typischen Bläschen derselben und der Psoriasis pustulosa. Gegen die Auffassung einer septischen Ursache wird nicht allein der regelmäßig negative Befund angeführt, sondern auch die Beobachtung, daß die Bläschen der Impetigo herpetiformis niemals zur Narbenbildung führen. Die Ursache der Impetigo herpetiformis ist unzweifelhaft eine Intoxikation durch Verminderung des Desintoxikationsvermögens der Drüsen (Ausscheidungsdermatose).

Zur Kenntnis des Frühstadiums der Anetodermia erythematosa maculosa Jadassohn, von F. Goldschlag, Haut- u. Geschlechtskrkh.-Abt. d. Allg. Krkhs. Lemberg. S. 122—125. Die Entwicklungszeit der das Frühstadium kennzeichnenden rötlichen oder blassen Papeln ist ziemlich kurz. Bereits nach zwei Wochen beginnen Rückbildungserscheinungen, Übergang der Farbe in Braun und etwas später Ausbildung der makulösen Atrophie.

Über einen Fall von chronisch rezidivierender Pseudodiphtherie der Haut, unter dem klinischen Bilde tertiärer Syphilis verlaufend, von E. Hartmann, Hautkl. Münster i. Westf. S. 126—135. Bei einer 63jährigen Frau besteht die Krankheit seit 5 Jahren und verläuft ausgesprochen periodisch. Zwischen einzelnen $^1/_2$ bis fast 1 Jahr dauernden Krankheitsperioden $^1/_4$—$^1/_2$jährige Pausen. In der ersten Zeit beschränkt sich die Erkrankung auf den behaarten Kopf und die angrenzenden Hautpartien. Beim nächsten Ausbruche zeigt sich zunächst ein Ulkus am rechten Ringfinger, dem eine Ausbreitung auf alle Finger beider Hände sowie eine solche in der rechten Ellenbeuge folgt. In den späteren Krankheitsabschnitten treten immer wieder Einzelherde an den Fingern und Nägeln auf. In der letzten Kranhheitsperiode auch Erscheinungen an den Schleimhäuten, den Schleimhautübergängen und den Hautpartien in der Nähe der Schleimhäute (Konjunktiva, Nasenloch und Inguinalgegend). Im Krankheitsbilde ist bemerkenswert die Entwicklung artefizieller Impfinfekte in Gestalt von Bläschen, die sich in tiefe und scharfrandige Defekte umwandeln, ferner die Bildung großer Geschwüre, die mit strichförmiger Narbe abheilen. Am behaarten Kopfe kommt es zu tiefer Nekrose mit Sequesterbildung. Den Geschwüren fehlt die Membranbildung. Aus den Hautprozessen wurde ein Pseudodiphtheriestamm gezüchtet, der mit Pat.-Serum agglutiniert. Pat. hatte nie eine Rachendiphtherie, ist aber Pseudodiphtheriebazillenträgerin in Nase und Vulva.

Untersuchungen über die Strahlenempfindlichkeit von Röntgen- und Teerhaut, von E. Kuznitzky und H. Jacoby, Hautabt. d. Allerh.-Spit. Breslau. S. 136—141. In einem Falle von ausgeprägter Röntgenhaut wird eine deutliche Überempfindlichkeit gegen ultraviolettes Licht, dagegen ein normales Verhalten gegen Röntgenstrahlen und chemische Einwirkungen beobachtet. Ferner in einem Falle von Teerhaut Überempfindlichkeit gegen andere chemische Einwirkungen (Terpentin, Pellidol, Scharlachrot und Jodoform), dagegen normales Verhalten gegen Bestrahlung und Karbolineum. Bemerkenswert ist, daß zwei Personen gegen Körper, die ihnen keinen Schaden zugefügt haben, überempfindlich werden, während sie sich gegen die Ursache ihrer schweren Hautveränderung (Röntgen und Karbolineum) normal verhalten.

Luetische Leukomelanodermie in Form einer Pseudovitiligo, von W. Freudenthal, Hautkl. Breslau. S. 142—149. Bei einem älteren Luetiker tritt am Bauche ein Exanthem aus erythematösen, leicht erhabenen Ringen auf. Es verschwindet nach einiger Zeit spontan und hinterläßt auf den befallenen Stellen depigmentierte Flecke.

Digitized by Google

Die Lues kann in seltenen Fällen das Bild der echten Vitiligo erzeugen, bleibt aber hierbei eine Pseudovitiligo; denn die echte Vitiligo hat mit der Lues nichts zu tun.

Über Differenzen im kulturellen Aussehen von Pilzen aus Haut- und allergischem Allgemeinexanthem (zugleich ein Beitrag zur Frage der Variabilität, von C. L. Karrenberg, Hautkl. St. Georg Hamburg. S. 150—157. Bei einer Pat. mit allergischem Allgemeinexanthem gelang die Züchtung eines Achorion Schönleinii 9 Tage nach dem Auftreten des Exanthems. Das Gelingen der Kultur zu einer so späten Zeit wird zurückgeführt entweder auf die besondere Wachstumsenergie des Pilzstammes oder auf die Immunitätigkeit bzw. auf die Beschaffenheit des Terrains.

Bemerkungen zu aktuellen Fragen der Dermatologie. Zur Einführung, von H. Ritter, Allg. Krkhs. St. Georg Hamburg. S. 158—160. Eine der ersten Fragen ist die Bestimmung derjenigen Eigenschaften einer Hefe, die ihre Pathogenität außer Zweifel setzen. Eine weitere die Zweckmäßigkeit des Sabouraudschen Einteilungsprinzipes der Dermatophyten. Schließlich kommen noch als Fragen Anzeigepflicht, Krankenhausbehandlung u. a. m. in Betracht.

Über kulturellen Nachweis erfahrungsgemäß pathogener Pilze auf klinisch gesunder Haut und über seine Beurteilung (1. Mitteilung), von C. L. Karrenberg. S. 160—172. Die amerikanischen Forscher Williams und Cornbleet haben gefunden, daß sich viele bisher als pathogen angesehene Hautpilze von klinisch gesunder Haut züchten lassen. Dieses Ergebnis konnte nicht bestätigt werden. Denn zahlreiche in dieser Richtung ausgeführte Untersuchungen hatten durchweg negative Ergebnisse. Auf Normalhaut gebrachte pathogene Pilze, die keine klinischen Erscheinungen hervorrufen, verschwinden aller Wahrscheinlichkeit nach sehr bald. Untersuchungen in der Umgebung ausgedehnter Mykosen ergeben, daß in einigen Fällen nur in der unmittelbaren Nachbarschaft der Läsionen sich Pilze finden. Schließlich die Annahme, daß erfahrungsgemäß pathogene Pilze auf klinisch gesunder Haut sich in einer für die Kultivierung ungünstigen Phase befinden, läßt sich nicht begründen.

Über die experimentelle Erzeugung des Primelekzems beim Tier, von B. Walthard, Hautkl. Zürich. S. 173—183. Aus den Blättern der Primula obconica läßt sich ein Extrakt herstellen, der auf der Haut weißer Ratten regelmäßig eine entzündliche Reaktion erzeugt. Klinisch und besonders histologisch entspricht diese Reaktion vollkommen dem Bilde eines akuten Ekzems beim Menschen.

Über Schizosaccharomykose (Spalthefemykose). 1. Mitteilung: Ätiologie, Pathogenese, Klinik, Serumdiagnose, Allergie, von T. Benedek-Leipzig. S. 184—201. Der Schizosaccharomyces hominis, der Erreger von Spalthefeerkrankungen, läßt sich aus Hautschuppen und gelegentlich auch aus Haaren züchten, einmal konnte er aus dem Abszeß einer Sykosis und in mehreren Fällen aus dem strömenden Blute gewonnen werden. Die Übertragung des Pilzes erfolgt auf externem Wege. Klinisch lassen sich zwei Formen unterscheiden. Erstens eine lokalisierte oder primäre und weiter eine generalisierte oder sekundäre Form. Die erstere wird ausschließlich durch die Affektion der behaarten Kopfhaut dargestellt, die man früher als Seborrhoea capitis gekannt hatte. Überschreitet die Krankheit irgendwie das Gebiet der behaarten Kopfhaut, so kommt es zur Generalisation, die ohne die Mitaffektion der Kopfhaut nicht vorkommt. Eine selbständige Seborrhoe gibt es nicht, sondern eine solche ist nur eine Teilerscheinung des Spalthefeprozesses. Zu diesem gehört weiter das Eczema seborrhoicum Unna, die Pityriasis capitis, Alopecia pityrodes, Kalvitis, Pityriasis simplex faciei, Pityriasis medio thoracica, Seborrhoea corporis, Pityriasis praesternalis et interscapularis usw., ferner die Acne vulgaris s. juvenilis und die Acne rosacea. Die Sycosis vulgaris s. coccogenes ist eine Doppelinfektion. Das Primäre ist stets die Spalthefemykose, die hinzutretende Staphylodermie das Sekundäre. Serologisch wurde festgestellt die Bildung von humoralen Immunantikörpern: eine spezifische Komplementfixation und Agglutination und durch die Intrakutanprobe auch histiogene Immunantikörper bzw. spezifische Reagine.

Untersuchungen über „Zentrodermatosen" (entzündliche Dermatosen mit Erkrankung des Mikrozentrums), von B. Lipschütz, Hautabt. Krkhs. Wieden Wien. S. 202—225. Als Zentrodermosen werden Hautveränderungen verstanden, bei welchen eine Beteiligung des sog. Mikrozentrums vorliegt. Normalerweise stellt dasselbe einen in der Gewebszelle gelegenen sowohl vom Plasma als vom Kern unabhängigen Körper dar und besitzt zwei Bestandteile: Zentriolen (Granula) und Zentriolinin (Verbindungsmasse). Die Zentriolen nehmen die Farbe der wäßrigen Anilinfarbstoffe nicht an, wohl aber Hämatoxilin. Als wichtige Merkmale pathologischer Mikrozentren werden angesehen die Größenzunahme derselben, die erhöhte Färbbarkeit, Vergröberung und Ver-

Digitized by Google

mehrung der Zentriolen. In jungen Herden von Pityriasis rosea finden sich Zentrozyten im Korium und gelegentlich in den Endothelien der Blutgefäße. Mit dem Fortschreiten des Prozesses Zunahme im Papillarkörper, auf der Höhe desselben in allen Schichten der Haut und in den Kapillaren. Mit der Rückbildung auch fortschreitende Abnahme der Zentriolen.

Über einige Untersuchungen an syphilitischen Affen, von C. F. Hahn, Hautkl. Breslau. S. 226—231. Syphilitische Affen wiesen teilweise eine höhere Zellzahl im Liquor auf als ungeimpfte. Bei nichtgeimpften Affen ist die Häufigkeit der positiven Blutreaktion auffallend. Unter 20 Tieren gaben nur 3 eine einwandfreie negative WR, unter 19 nur 11 ein gleiches Resultat mit SGR, weiterhin konnten bei Affen mit frischen oder abgelaufenen Primäraffekten keine sicheren luetischen Reagine nachgewiesen werden. Die Infektion von Affen mit Menschen- oder Kaninchenmaterial zeigt keine Differenzen. Die Leistendrüsen solcher Tiere erwiesen sich bei der Übertragung auf Kaninchen als syphilitisch infiziert.

Über einen Fall von Scabies norvegica, von C. F. Hahn, Hautkl. Breslau. S. 232—236. Das Krankheitsbild der Borkenkrätze entwickelte sich bei einem Pat. mit Syringomyelie. Man dachte zunächst an eine atypische Psoriasis und erkannte die eigentliche Natur erst dann, als sich eine Krankenhausepidemie von 40 Skabiesfällen anschloß. Es fiel auf, daß bei diesen die krankhaften Veränderungen hauptsächlich in Pusteln bestanden.

Bemerkungen zu T. Benedeks Arbeit: Vergleichende Untersuchungen über einige Arten der Gattung Zephalosporium usw. in Bd. 154, H. 1 dieser Zeitschrift, von O. Grütz-Kiel. S. 237—239. Die verschiedentlich erhobenen Einwände enden mit einer Verwerfung der Benedekschen Pilzbestimmung. Es handelt sich um einen schon sehr lange bekannten Pilz (Acremonium ciliense oder Cephalosporium acremonium Corda). Die genaue Begründung erfolgt noch später.

Schlußwort, von T. Benedek-Leipzig. S. 239—240. Die Arbeit von Grütz über das Acremonium ciliense gilt für den Verf., abgesehen von der systematischen Unrichtigkeit, als nicht veröffentlicht. Er hält deshalb seine Bestimmung als Cephalosporium asteroides griseum keineswegs für überflüssig. Vörner-Leipzig.

Bücherbesprechungen

Ein Fall von spontaner Kaninchentuberkulose, von A. Meyn-Leipzig. (Aus dem Tierseucheninstitut der Univ. Leipzig) Arb. d. Reichs-Zentr. f. Pelztier- u. Rauchw.-Forschg. Verlag A. Heber & Co., Leipzig 1928. Preis RM. 0.70. In den seltenen Fällen von spontaner Kaninchentuberkulose handelt es sich in der Regel um Infektionen mit Rindertuberkelbakterien. Ansteckung durch die Atmungsorgane oder die Verdauungsorgane. Bei einer 2jähr. Häsin traten nach Wurf von 12 Jungen Mattigkeit, Abmagerung, geringe Freßlust, Durchfall ein, plötzlicher Exitus. Lungen, Milz und Nieren waren von graugelben und grauweißen speckigen Herden durchsetzt, die mikroskopisch den Befund säurefester Stäbchen ergaben. Kulturell und tierexperimentell wurden dieselben als Rindertuberkelbakterien erwiesen. Die Quelle der Infektion konnte nicht nachgewiesen werden. Kaninchentuberkulose kann für die Pelztierzucht gefährlich werden, weil diese Tiere als Futter für die fleischfressenden Pelztiere verwendet werden. Riecke-Göttingen.

Internationaler Handel mit Häuten und Fellen und Milzbrandübertragung auf Menschen und Tiere, von Prof. Nieberle-Leipzig. (Vortr. geh. am 21. Juni 1928 anläßlich der Leipziger Universitätswoche.) Vortr. d. Reichszentr. f. Pelztier- u. Rauchw.-Forschg. Verlag A. Heber & Co., Leipzig 1928. Preis RM. 1.50. Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick wird der Milzbrandbazillus und seine Dauerform, die Spore, in ihrem Wesen und in ihrem Verhalten zur Außenwelt geschildert. Es existieren drei Infektionswege: durch die äußere Haut, den Verdauungsapparat und die Lungen. Infektion durch die Haut bewirkt den sog. Impfmilzbrand, durch den Intestinaltraktus den Fütterungsmilzbrand, durch die Luft den Inhalationsmilzbrand. Die Erkrankung kann örtlich bleiben oder allgemein werden. Beim Menschen ist der Milzbrand eine ausgesprochene Berufskrankheit; besonders gefährdet sind Landwirte, Schlächter, Gerber, Wollsortierer. Beim Tier handelt es sich meist um Fütterungsmilzbrand. Eine Reihe von Tabellen erläutert die Milzbrandverbreitung unter dem deutschen Viehbestand. Das

Digitized by Google

Ausland hat überragenden Anteil an der Häufigkeit des Auftretens von Milzbrand in Deutschland, insofern ausländische Häute besonders oft den Infektionsstoff enthalten. Die gesalzenen Häute sind ungefährlich, nur die Trockenhäute enthalten Sporen. Die Untersuchung aller eingeführten Trockenhäute nach dem sog. Präzipitationsverfahren von Ascoli erscheint aussichtsreich in bezug auf eine wirksame Prophylaxe.

Riecke-Göttingen.

Neuere Erfahrungen auf dem Gebiete der medizinischen Elektrizitätslehre mit Ausschluß der Röntgenlehre (Elektrophysik, Elektrophysiologie, Elektropathologie, Elektrodiagnostik, Elektrotherapie), unter Mitarbeit von Fachgenossen herausgegeben von Prof. Dr. med. L. Mann-Breslau unter Mitwirkung von Prof. Dr. med. F. Kramer-Berlin. Mit 258 Abbildungen. Preis RM. 39.—, geb. RM. 42.—. Verlag G. Thieme, Leipzig 1928. Der vorliegende Band ist als Ergänzung zu dem in den Jahren 1909—1911 erschienenen Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität gedacht und sollte, auf der vorhandenen Grundlage aufbauend, die neuen Erfahrungen und Anschauungen der letzten Jahre wiedergeben. Die Anwendung des Lichtes und der Röntgenstrahlen fällt nicht mehr in den Rahmen dieser Bearbeitung, aber der Dermatologe wird trotzdem eine Anzahl von Kapiteln finden, die ihn interessieren. Von diesen erwähne ich in erster Reihe die Bearbeitung der physikalischen Elektrizitätslehre durch G. Hoffmann-Halle, welcher in knapper und klarer Darstellung die modernen Anschauungen über Elektron und Strahlung, Atombau und Radioaktivität verständlich macht. Die allgemeinen technischen Grundlagen werden in dem Kapitel über allgemeine medizinische Elektrotechnik von K. Bangert-Chemnitz in gedrängter Übersicht gegeben, während W. Steinhausen-Greifswald den derzeitigen Stand der Elektrophysiologie ausführlicher bearbeitet hat. Den Praktiker werden die Abhandlungen von E. Schiff-Berlin über Schädigungen durch Starkstrom, von Kowarschik über Arsonvalisation und Diathermie, von C. A. Hoffmann-Berlin über Elektrolyse sowie über Elektrotherapie der Hautkrankheiten besonders interessieren. Das vorzüglich ausgestattete Buch wird eine rasche und zuverlässige Orientierung über den derzeitigen Stand der medizinischen Elektrizitätslehre ermöglichen und ist jedem, der sich für diese Fragen interessiert, zu empfehlen.

Halberstaedter.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

Über die Möglichkeit von Syphilisübertragung durch Paralytiker und Tabiker, von F. Jahnel-München. (W. kl. W., 1928. Nr. 28, S. 990.) Die Gefahr einer Syphilisübertragung bei Verwendung von paralytischem Malariablut ist äußerst niedrig zu veranschlagen. Gelegentliche Überimpfungen von Paralytiker-Malariablut auf Nichtsyphilitiker hat niemals Lues bisher hervorgerufen. Dennoch ist geboten, bei der Behandlung von Nichtsyphilitikern luesfreies Malariablut zu benutzen. Eine angebliche Infektion mit Syphilis bei der Sektion eines Paralytikers ist in der alten Literatur beschrieben. Neuere exakte experimentelle Versuche sprechen gegen die Infektiosität von Paralytikerblut für Affen und Kaninchen. Die Möglichkeit einer Infektion durch paralytischen oder tabischen Liquor kann eher gegeben sein, weil einige Male mikroskopisch Spirochäten im Liquor festgestellt worden sind. Infektion durch geschlechtlichen Verkehr vom Paralytiker und Tabiker aus sind dann ausgeschlossen, wenn, was die Regel ist, syphilitische Hauterscheinungen nicht bestehen. Doch kommen sehr seltene Ausnahmen vor. In foro konnte nach Prüfung des Falles die Frage der Infektiosität von Paralyse und Tabes für Pflegepersonal, das sich syphilitisch infiziert haben wollte, abgelehnt werden. Im Gegensatz zu der offenbar für gewöhnlich nicht möglichen Übertragung einer Syphilis vom Paralytiker oder Tabiker durch Kuß oder Koitus steht eine gelegentliche Infektion der Früchte im Mutterleib von Paralyse- und Tabespatientinnen. Im allgemeinen ist aber auffällig, daß schwangere Paralytikerinnen im Gegensatz zu syphilitischen Frauen sehr selten abortieren und viel seltener luische Kinder zur Welt bringen.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Über die Paralysefrequenz in Wien 1923—1927, nebst einigen Bemerkungen über die Wirksamkeit der Paralysebehandlung durch Impfmalaria, von H. Hersch-

Digitized by Google

mann, Psych.-neurol. Univ.-Kl. Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1018.) Verf. kommt im zweiten Teile seines Aufsatzes zu dem Ergebnis, daß der intensiven Salvarsanbehandlung kein Einfluß auf die Paralysefrequenz in ungünstigem Sinne zukommt, da die Vermehrung nur bei den Frauen, nicht aber bei den ebenfalls mit Salvarsan behandelten Männern zu finden ist. Für die Zunahme der weiblichen Paralyse muß noch berücksichtigt werden, daß in der für die Paralyse in Frage kommenden Altersstufe auch eine Zunahme der weiblichen Bevölkerung stattgefunden hat, so daß auch daraus das Plus bei den Frauen leicht erklärbar ist. Bei der Malariabehandlung sind die Erfolge bei den Männern viel bessere als bei den Frauen. Der Grund liegt darin, daß bei den Männern die Erkrankung viel eher erkannt wird und daher auch rechtzeitiger zur Behandlung kommt. E. Langer-Berlin.

Modifications persistantes du caractère, après impaludation, dans le P. G. (Dauernde Veränderungen des Charakters bei progressiver Paralyse nach Malariabehandlung), von H. Codet. (Progr. méd., 1928, Nr. 27, S. 1115.) Nachdem sich der Zustand der Kranken nach der Behandlung stabilisiert hat, kann sich eine anscheinend dauernde Änderung des Charakters einstellen, die sich besonders in einem ruhigen, ausgeglichenen Wesen zeigt. E. Levin-Berlin.

Syphilis und multiple Sklerose, von M. Pappenheim und E. Pollack. (W. m. W., 1928, Nr. 28, S. 927.) Verff. nimmt an Hand eines von ihm beobachteten Falles zur Frage nach dem Zusammenhang zwischen multipler Sklerose und Lues Stellung, ohne selbst die Frage sicher klären zu können. Es handelt sich um einen einwandfreien Fall von multipler Sklerose, der aber in seiner anatomischen Ausdehnung etwas von dem typischen Bilde der multiplen Sklerose abweicht. Verf. ist nicht der Ansicht, daß der multiple Skleroseprozeß durch die Lues ausgelöst ist. Jeglicher Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen in dem vorliegenden Falle läßt sich jedoch nicht leugnen, so daß Verff. glauben, daß die luetische Erkrankung zwar nicht auf die Entstehung des Prozesses, aber auf seine Ausdehnung und Entwicklung von Einfluß gewesen ist. E. Langer-Berlin.

Gibt es Beziehungen der multiplen Sklerose zur hereditären, kongenitalen Lues?, von E. Redlich. (W. m. W., 1928, Nr. 28, S. 932.) Verf. kommt in der vorliegenden Frage, die er erneut zur Diskussion stellt, selbst zu keinem abschließenden Ergebnis. Immerhin läßt sich die Möglichkeit erwägen, daß die Lues acquisita oder congenita die Basis schafft, auf der andere Ursachen die Krankheit auslösen. Speziell die Lues congenita könnte durch eine keimschädigende Wirkung die Ursache für eine multiple Sklerose abgeben. E. Langer-Berlin.

c. Ätiologie. Experimentelle Forschung

Action de l'arsenic, en tant que corps simple, sur les spirochètes et les trypanosomes (Wirkung des Arsens als einfacher Körper auf Spirochäten und Trypanosomen), von R. Sazerac und R. Vaurs. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99. Nr. 23, S. 372—373.) Quecksilber und Wismut haben sich in ihrer ursprünglichen Form als wirksam erwiesen. Zu analogen Versuchen mit Arsen wurden ölige Suspensionen verwendet, und zwar bei der originären Kaninchenspirochätose und bei mit Trypanosoma Brucei infizierten Ratten. Die Wirkung war eine bemerkenswerte, jedoch der des Wismuts nachstehende, so daß eine wirksame Behandlung der Syphilis oder der Trypanomiasis nicht in Frage kommt. E. Levin-Berlin.

Biologie und Färbung der Syphilisspirochäte, von S. Bergel-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 32, S. 1509.) Neben der Dunkelfelduntersuchung auf Spirochäten kommt auch dem Giemsa-Präparat eine große Bedeutung zu. Verf. ist es gelungen, den Nachweis dafür zu erbringen, daß die geringe Zahl der Spirochäten bei der Giemsa-Färbung durch die Alkoholfixierung bedingt ist, durch die die lipoide Hülle der Spirochäten geschädigt wird. Verf. hat gefunden, daß es am zweckmäßigsten ist, die Ausstriche 24 Stunden lufttrocknen zu lassen oder den lufttrockenen Ausstrich mit 4%igem Formalin zu übergießen und kurze Zeit über der Sparflamme zu erwärmen, dann mit der Giemsa-Lösung (1 Tropfen auf 1 ccm Wasser) 24 Stunden zu färben. Eventuell kann man an den formalinfixierten Präparaten eine Schnellfärbung in 1—2 Stunden vornehmen, doch sind die Resultate bezüglich der größeren Menge Spirochäten im Gesichtsfelde bei der 24 Stunden-Färbung bessere. Auch diese Färbungsergebnisse dürften für die Richtigkeit der Annahme des Verf. sprechen, daß die Spirochäten von einer lipoiden Hülle umgeben sind, die durch die Alkoholfixierung bei einer großen Zahl vernichtet wird.
E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Ein einfaches Plattenverfahren zur Züchtung strenger Anaerobier (anaerobe bazillenfiltrierbare anaerobe Bakterien-Spirochaeta pallida), von J. Fortner-Berlin (Zbl. f. Bakt., 1928, Bd. 108, H. 1/4, S. 155.) Verf. hat in einer gewöhnlichen, luftdicht mit Plastilin verschlossenen Petrischale die strengsten Anaerobier auf der Oberfläche in Reinkultur züchten können, wenn er einen Teil des Nährbodens mit einem fakultativen Anaerobier, z. B. Bac. prodigiosus, beimpft hat, der den Sauerstoff des Luftraumes verzehrt. Die theoretischen Grundlagen dieses Verfahrens sind schon vor 35 Jahren von Hesse geklärt worden, nur wurde die praktische Nutzanwendung nicht gezogen. Pallidakulturen konnten bereits durch neun Plattenpassagen geführt werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Technik der Spirochätenuntersuchung im Säuglingsalter, von F. Weiss-Prag. (Arch. f. Kinderhlk., 1928, Bd. 84, H. 4, S. 279.) Bei makulo-papulösem Exanthem wurden in den jüngsten Effloreszenzen stets Sp. p. nachgewiesen, seltener, wenn die Effloreszenzen schon länger bestanden. Schwierig ist der Nachweis in den palmaren und plantaren Infiltraten. Gewonnen wird das Reizserum durch Abschaben der Epidermis über den Effloreszenzen in Stecknadelkopfgröße mit dem Bruchende einer ausgeglühten Glaskapillare. Ferner wurden Sp. p. gefunden im Nasensekret bei 4 von 12 Fällen von manifester Lues ohne klinische Koryza, in 11 von 12 Fällen von hämorrhagisch-eitriger spezifischer Koryza; ebenso im Bindehautsack bei 17 von 28 manifest syphilitischen Säuglingen. Hier wird das Sekret durch Hin- und Herfahren mit der Platinöse gewonnen. Am Auge sind besonders die Lidbindehaut und die Umschlagfalte geeignet. Aktiver Übergang der Sp. p. aus dem spezifischen tarsokonjunktivalen Infiltrat durch das meist intakte Epithel in das Sekret der Schleimhaut? Vorteile: Das Verfahren ist rasch, sicher, billig und schonend für den Säugling, ohne die Gefahren der Blutentnahme (Lues congenita nicht selten verbunden mit erhöhter Blutungsbereitschaft). Der geschilderte Nachweis der Sp. p. sichert bei manifester Lues congenita die Diagnose in dem gleichen Maße wie die WR, dagegen ist bei klinisch symptomlosen Fällen ausschließlich die Seroreaktion angezeigt. Unentbehrlich ist die Spirochätenuntersuchung bei Fällen mit positiver WR, bei denen festgestellt werden soll, ob die vorhandenen Effloreszenzen auf die Lues congenita zurückzuführen sind oder einer anderen sekundären Hautkrankheit angehören.

E. Loewy-Köln.

Schlußbemerkungen zu einigen Arbeiten über experimentelle Rekurrens, von H. Kroó, Inst. Robert Koch, Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1928, Bd. 108, H. 3, S. 617.) Die Ausführungen richten sich gegen verschiedene Arbeiten aus dem Frankfurter Institut für experimentelle Therapie, vornehmlich von Prigge und Rothermundt, in denen einmal die Befunde von Buschke und Kroó über die Persistenz der Spirochäten im Gehirn bei experimenteller Rekurrens angezweifelt wurden, trotzdem in dem dortigen Institut mit derselben Methode analoge Resultate bei der symptomlosen Syphilis- und Framboësieinfektion der Mäuse gefunden worden sind, und ferner auch gegen die Angaben der chemotherapeutischen Unbeeinflußbarkeit der Gehirnspirochäten. Es wird Prigge vorgehalten, daß er mit nicht mehr erträglichen toxischen Grenzdosen arbeitete und falsche Schlußfolgerungen aus seinen Resultaten zog. Auch auf einige Widersprüche, einige allgemeine Fragen der Immunität betreffend, wird kurz eingegangen.

B. Peiser-Berlin.

Entgegnung auf die vorstehenden Bemerkungen von Kroó, von R. Prigge und M. Rothermundt-Frankfurt a. M. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1928, Bd. 108, H. 3, S. 621.) Es wird bezüglich der Gehirnpersistenz der Rekurrensspirochäten bei Mäusen auf die große Seltenheit dieser Tatsache hingewiesen, die in Deutschland bisher nur für einen einzigen Stamm festgestellt ist. Die von Buschke und Kroó erhobenen Befunde über Spirochätenpersistenz im Gehirn werden darauf zurückgeführt, daß die gefundenen Spirochäten von der Nachimpfung herrührten, und die daraus gezogenen Schlußfolgerungen bezüglich der Rekurrensimmunität werden daher als unberechtigt abgelehnt. Auch die Angaben, daß die zur Sterilisierung notwendigen Salvarsandosen bereits toxische sind, werden zurückgewiesen. Schließlich werden einige immunbiologische Fragen, in denen eine Gegensätzlichkeit der Meinungen besteht, kurz behandelt.

B. Peiser-Berlin.

Warum sollen wir ambulatorisch lumbalpunktieren?, von B. Dattner. (W. m. W., 1928, Nr. 28, S. 899.) Bei der außerordentlichen Bedeutung, die für die Therapie und die Prognose der Lues der Liquoruntersuchung zukommt, ist es wichtig, daß man ohne jedes Bedenken einen Pat. ambulant lumbalpunktieren kann. Verf. hat die ambulante Punktion an einem großen Material durchgeführt, ohne je ernstliche

Digitized by Google

Schäden gesehen zu haben. Neben rein ökonomischen Erwägungen, die die letzte Rolle bei dieser Entscheidung spielen dürften, ist es wichtig, daß meningeale Reizerscheinungen bei den Kranken an und für sich erst 8—24 Stunden nach einer Lumbalpunktion aufzutreten pflegen, so daß man unbedenklich alle Kranken punktieren kann, die innerhalb von 6—8 Stunden nach Hause gelangen könnten. E. Langer-Berlin.

d. Serologie

Ist die Wassermann-Reaktion als „Standardmethode" in Krankenhäusern entbehrlich?, von M. Stern und T. Frank-Breslau. (Kl. W., 1928, Nr. 30, S. 1419.) Bei ausgedehnten Vergleichsuntersuchungen zwischen der WR und den verschiedenen anderen serologischen Untersuchungsmethoden kommen die Verff. zu dem Resultat, daß zwar die Abweichungen zwischen den verschiedenen Methoden gemessen mit der WR als Standardmethode recht geringfügig sind. Trotzdem möchten die Verff. die WR als die Standardmethode ebensowenig missen wie die SGR und die MTR als Kontrollen für die WR. E. Langer-Berlin.

Über die Müllersche Ballungsreaktion (MBR) bei Syphilis, von F. Baruch-Temesvar. (D. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1295.) Von 206 mit der WR, MTR und MBR untersuchten Syphilisseren reagierten 123 übereinstimmend positiv, 54 reagierten nur mit einer oder zwei der Reaktionen positiv, 29 Fälle reagierten mit allen drei Reaktionen negativ. Von der Gesamtzahl der zumindest mit einer der Reaktionen positiv gefundenen Fälle wurden durch die WR 71,8%, durch die MTR 74,6% und durch die MBR 99,5% erfaßt. Die große Reichweite der MBR ergibt sich aus folgenden Zahlen: Von den WR-negativen Luesfällen reagierten mit der MBR 63%, von MTR-negativen Fällen 60,8% und von WR- und MTR-negativen Fällen 59,4% positiv. Nur 1—2% unspezifische Reaktionen wurden beobachtet, und zwar bei Stärkegrad I.
F. Harry-Wiesbaden.

Praktische Reaktion, die häufig bei Seren von Syphilitikern positiv ausfällt (Pratica reazione che si verifica positiva di frequente nei sieri dei sifilitici (Reazione di Lama), von A. Lama. (Policlinico [Sezione Pratica], Rom 1928.) Verf. beschreibt eine Reaktion, die von jedem Arzt in der Sprechstunde leicht auszuführen ist und mit der WR übereinstimmende Resultate gibt. Technik: Man braucht 1—5—10 ccm frisches aktives oder inaktives Serum, eine Dialysiermembran (eventuell einfaches Pergamentpapier), ein gewöhnliches Glas, 10—20—30 ccm Wasser. In das im Glase befindliche Wasser wird das mit dem zu untersuchenden Serum gefüllte Pergamentpapier für 10 bis 15 Minuten gehängt. Die dialysierende Serumsubstanz nennt Verf. die „Substanz Sigma". Zu dieser einige Tropfen Fehling A + B gemischt, 1/9 Minute Erhitzung des oberen Teiles der Mischung, wieder erkalten lassen. Wenn Lues vorliegt, bilden sich zuerst Wölkchen, worauf die Flüssigkeit opaleszierend gelb wird. Ist die Reaktion negativ, bleibt die Lösung blau. Die ganze Probe dauert 5—10 Minuten. Auch der Urin und der Liquor enthält die genannte Substanz. H. Colman-Berlin.

Die Luesreaktion von Kadisch im Arbeitskreis des Tropenarztes (mit einigen Bemerkungen über die Bedeutung vergleichender Blut- und Liquoruntersuchung, von Heinemann-Sumatra. (M. m. W., 1928, Nr. 27, S. 1167.) Verf. kommt an der Hand von 2000 mit der Kadisch-Reaktion nachgeprüften Seren zu dem Schluß, daß die Reaktion in Hinsicht auf die Verläßlichkeit den anderen Reaktionen keineswegs überlegen ist. Die große Empfindlichkeit der Reaktion gerade in den Gruppen der Malariaseren spricht dafür, daß auch bei dieser Methode mit der Möglichkeit unspezifischer Malariareaktionen zu rechnen ist. Streng spezifisch ist nur ein positiver Liquorwassermann.
Fr. Ostmann-Magdeburg.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques étudiée par l'imprégnation vitale (Die Leukozyten des Liquor cerebrospinalis bei Luetikern; Studium mittels Lebendfärbung), von P. Ravaut und R. Boulin-St. Louis. (Presse méd., 1928, Nr. 56, S. 881.) Bisher nur quantitative Auswertung des Leukozytengehaltes im Liquor cerebrospinalis; viel richtiger ist aber die qualitative. Einzige Methode ist die Lebendfärbung mit Pyronin. Verf. differenziert 6 Formen: a) nackte Kerne: 2 Arten. 1. 6 μ Durchmesser = lebend, 2. 4 μ Durchmesser = tot. b) Lymphozyten = 7 μ Durchmesser, Kern ovalär oder rund. c) Mononukleäre (mittelgroß) = 9 μ Durchmesser, Kern zentral. d) Große mononukleäre Zellen = 20 μ Durchmesser. e) Polynukleäre = ähnlich wie im Blut. f) Plasmazellen. 5 verschiedene Arten. Am häufigsten die mittlerer Größe = 12 μ Durchmesser, seltener die kleine = 7 μ Durchmesser. In der Mitte stehen die ganz großen = 25 μ Durchmesser. Ferner polynukleäre Plasmazellen, 2 bis

Digitized by Google

3 Kerne und die degenerierten Plasmazellen, Kern bzw. Protoplasma degeneriert. Bezüglich der verschiedenen Stadien der Lues und des Auftretens der einzelnen Zellarten unterscheiden Verff. 2 Stufen: 1. Anwachsen der Lymphozyten und mittleren Mononukleären (Kern und Protoplasma sehr polymorph) = rein oberflächliche Entzündung der Meningen. 2. Gehäuftes Auftreten der Plasmazellen und großen Mononukleären neben den anderen Zellarten = tiefe parenchymatöse Entzündung. D. Abel-Lörrach.

Über das Verhältnis von Kalium zu Kalzium und den Magnesiumgehalt des **Liquor cerebrospinalis,** von B. Eisler-Kiel. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1928, Bd. 61 H. 5 u. 6, S. 549.) Bei 24 Fällen von eitriger, 28 Fällen von seröser, 15 Fällen von tuberkulöser Meningitis, 18 Luesfällen, 19 Normalen, 7 Fällen von Hydrozephalus, 3 Fällen von Enzephalitis, 15 verschiedenen Fällen wurde im Liquor Kalium, Kalzium und Magnesium bestimmt. Von den Ergebnissen wäre hervorzuheben, daß bei der eitrigen Meningitis Magnesium stets erhöht war, während der Kalium- und Kalziumgehalt kaum verändert war. Bei der tuberkulösen Meningitis steigt der Kaliumgehalt 15—20% über die Norm, während der Kalziumgehalt sinkt; bei der serösen Meningitis und der Lues ließ sich nichts Charakteristisches feststellen. Auffällig ist, daß der Kalium- und Magnesiumgehalt nach der Malariabehandlung sehr hohe Werte erreicht. Bei Tetanie und Spasmophilie waren die Kalziumwerte sehr stark erniedrigt (2,5 und 4,2 mg%), wobei kein Parallelismus mit den Serumwerten zu bestehen braucht.

V. Kafka-Hamburg.

Gasanalytische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis, von E. Klemperer und M. Weissmann. (W. m. W., 1928, Nr. 28, S. 919.) Während der Sauerstoffgehalt des Liquors nur ganz geringe Schwankungen ergab, zeigten sich im Kohlensäuregehalt große Unterschiede. So fanden Verff. bei einem Fall von Lues latens im Malariaanfall 45,93 Vol.% und bei einem Falle von Paralyse nach der Behandlung 64,05 Vol.%. Die höchsten Werte wurden bei progressiver Paralyse gefunden. Dagegen ergaben andere Psychosen bedeutend niedrigere Werte bis 47,9 Vol.%. E. Langer-Berlin.

Die Pawlowitschsche Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit, von Chr. Duschkow Kessiakow, Propädeut. Inn. Univ.-Kl. Sofia. (M. Kl., 1928, Nr. 32, S. 1238 bis 1239.) Ausführung der Reaktion: Zu in einem Spitzglase befindlichen 150 ccm Aq. dest. werden 5—6 Tropfen Acid. acet. glac. und 3—4 ccm einer 10%igen Ferrozyankalilösung hinzugefügt; tropft man dann von der Zerebrospinalflüssigkeit hinzu, so läßt diese bei positiver Reaktion eine trübe Spur hinter sich. Die Reaktion wurde gleichzeitig mit den Reaktionen von Rivalta und Pandy bei 49 Fällen von Meningitis tuberculosa, 12 Fällen von Meningitis purulenta, 24 Fällen von Encephalitis lethargica, 21 Fällen anderweitiger Erkrankungen ausgeführt. Dabei ergab sich folgendes: Positive Reaktion nach Pawlowitsch neben negativer Reaktion nach Rivalta bedeutet Meningitis tuberculosa; positiver Pawlowitsch, Rivalta und Pandy bedeutet eitrige Meningitis epidemischer oder anderer Natur. Bei negativem Pawlowitsch und Rivalta und nur negativem Pandy handelt es sich weder um tuberkulöse, noch um eitrige Meningitis.

E. Levin-Berlin.

Vergleichende Untersuchungen des Zisternen- und Lumballiquors bei Hautkrankheiten und Tripper, von W. Schönfeld-Greifswald. (M. Kl., 1928, Nr. 30, S. 1165.) Der gewöhnliche Längsdurchmesser der Zisterne beträgt 1,5—2 cm; er ist von der Körpergröße unabhängig. Bei liquornormalen Fällen können Zellgehalt und Eiweißproben im Zisternenliquor schwächer ausfallen als im Lumballiquor. Im Lumballiquor gelten 0—5 Zellen im cmm als normal, Grenzwert 5—9 Zellen, über 9 Zellen pathologisch, während die Werte im Zisternenliquor geringer sind: 0—3 Zellen normal, Grenzwert 3—4 Zellen, über 4 Zellen pathologisch. Die Ammoniumsulfatprobe ist in beiden Bezirken für gewöhnlich negativ; eine schwach positive Reaktion ist im Lumballiquor im Gegensatz zum Zisternenliquor noch als normal zu betrachten, ebenso in beiden eine fragliche oder schwach positive Karbolsäureprobe oder eine positive Schellackharzprobe mit braunem Schellack. Artifizielle Blutbeimengungen beeinflussen den Ausfall der Ammoniumsulfatprobe bei mehr als 90 roten Blutkörperchen in der Zählkammer, den der Karbolsäureprobe bei mehr als 30—45 Blutkörperchen.

E. Levin-Berlin.

e. Therapie

Die spezifisch-unspezifische Therapie der frühen Syphilis, von E. Finger. (W. kl. W., 1928, Nr. 22, S. 771 und Nr. 23, S. 808.) In einem Fortbildungsvortrag gibt Verf. einen Überblick über die an der Wiener Klinik geübte spezifisch-unspezifische

Digitized by Google

Therapie der frühen Syphilis. Sie ging von der Tatsache aus, daß durch Fieber der Verlauf syphilitischer Symptome günstig beeinflußt wird, wofür als Ursache eine Erhöhung der Abwehrvorgänge anzusehen ist. Die Erfolge dieser kombinierten Behandlung, die anfangs mit den verschiedensten fiebererzeugenden Mitteln durchgeführt wurde, waren äußerst zufriedenstellend. Bei den auf diese Weise behandelten Kranken wurden wesentlich weniger klinische, serologische und Liquorrezidive gesehen als bisher. Besonders evident war die günstige Beeinflussung des Liquors. Es gelang durch energische medikamentöse und Fieberbehandlung, hartnäckige Formen von spätlatentem positivem Serum und spätlatentem positivem Liquor sehr günstig zu beeinflussen. Die Behandlung erfolgt in der Weise, daß der Pat. eine energische Neosalvarsankur, also etwa 6 g, erhält, und zwischendurch 6—10 Fieberanfälle durchmacht. Besonders wichtig ist es, die Salvarsankur so zu verteilen, daß etwa die Hälfte der Kur vor der Fieberbehandlung und mindestens 3 g als Nachbehandlung verabfolgt wird. Die Erfolge sind um so besser, je jünger die Erkrankung ist; sie zeigen sich in der günstigen Einwirkung auf Blutserum und Liquor, die zu einem viel höheren Prozentsatz als bei ausschließlicher medikamentöser Behandlung negativ blieben. Selbst in älteren sero- oder liquorpositiven Fällen, die gegenüber medikamentöser Behandlung unbeeinflußbar geblieben waren, waren noch häufig bleibende Erfolge zu erzielen. Da eine einmalige kombinierte Kur meist keinen dauernden Erfolg hat, ist es wichtig, noch weitere rein spezifische Kuren nachfolgen zu lassen. B. Peiser-Berlin.

Über Myosalvarsan, von F. Pinkus. (Zschr. f. ärztl. Fortbildg., 1928, Nr. 31, S. 525.) Nach kurzer historischer Würdigung der Applikationsmethoden des Salvarsans und nach dem Hinweis auf Amerika, wo die Anwendung fast schmerzloser intramuskulärer Salvarsanpräparate schon seit Jahren wieder begonnen hat, Empfehlung des Kolleschen Myosalvarsans, das in Dosen von 0,15—0,45 g zweimal wöchentlich fast schmerzlos vertragen wird. Nebenerscheinungen gering und selten: Exantheme; einmal eine aplastische Anämie, bisher keine Hirnschwellung oder andere nervöse Nebenerscheinungen. Fr. Ortmann-Magdeburg.

Resorption des Myosalvarsans, von G. Kopstein-Wien. (Kl. W., 1928, Nr. 30, S. 1415.) Mittels Röntgenuntersuchungen hat Verf. Beobachtungen über die Resorptionsfähigkeit des Myosalvarsans angestellt, die er an Hand einiger Röntgenbilder eingehend erläutert. Es zeigt sich, daß schon innerhalb der ersten $2^1/_2$ Stunden ein rascher Abtransport des injizierten Myosalvarsans stattfindet. Schon innerhalb der ersten Viertelstunde ist im Röntgenbild eine deutliche Veränderung des Myosalvarsanschattens auffallend, der ständig abgebaut wird. Es dürfte demnach ein restloser Abtransport der schattengebenden Bestandteile des Myosalvarsans schon innerhalb von 24 Stunden vor sich gehen. E. Langer-Berlin.

Über die Speicherung des Arsens im Gehirn nach Applikation von Neosalvarsan, arseniger Säure und Arsensäure, von B. Engelmann-Berlin. (Arch. f. exper. Path., 1928, Bd. 133, H. 3/4, S. 181.) Die Tatsache, daß nach Einverleibung von Arsenverbindungen insbesondere Neosalvarsan (Neo-S.) in den Organismus die Hirn- und Rückenmarksubstanz meist völlig frei von Arsen gefunden wurde, hatte Veranlassung gegeben zu versuchen, die Aufnahmefähigkeit des Zentralnervensystems für Arsen zu steigern. Bisher gelang es nur bei einer Kombination von Neo-S. mit Methylenblau, die Menge etwas zu steigern. Diese Methode wurde auch experimentell nachgeprüft. Verf. wollte diese Frage weiter klären. Er tötete deshalb für jeden Versuch 3 bis 5 Kaninchen 3—4 Tage nach der letzten intravenösen Injektion des Arsenpräparates. Nachdem er die Tiere entbluten ließ, um alles Arsen, das sich in den Venen des Gehirns befand, aus demselben zu entfernen, wurde das Gehirn nach der Bangschen Titrationsmethode untersucht. So konnte er die Menge, die sich in der Gehirnsubstanz gebunden hatte, feststellen. Die Versuche ergaben, daß bei einer über 2 Wochen verteilten intravenösen Darreichung von etwa 120 mg As in Form von Neo-S. gar kein oder nur Spuren von Arsen ins Zentralnervensystem gelangen. Bei einer über mehrere Wochen verteilten intravenösen Darreichung von etwa 300 mg As in Form von Neo-S. beträgt die ins Gehirn eingedrungene Menge durchschnittlich 0,4 mg As pro 10 g frischer Gehirnsubstanz. Es führt also eine für längere Zeit in genügender Menge fortgesetzte Neo-S.-Darreichung zu einer relativ deutlichen Arsenspeicherung im Gehirn. Wird das Neo-S. mit Traubenzucker kombiniert gegeben, so liegt der Durchschnittswert höher, nämlich 0,07 mg As. Es wird also bei dieser Kombination mehr As ins Gehirn aufgenommen als bei einer reinen Neo-S.-Applikation allein. Noch höher ist die As-Speicherung bei Fieberzustand des Organismus der Versuchstiere; doch ist diese Er-

Digitized by Google

höhung mit einer schweren, meist zum Exitus führenden toxischen Schädigung der Tiere verbunden, infolge der im Fieber herabgesetzten Toleranz der Tiere gegenüber Neo-S. Die Verabfolgung des Neo-S. in Urethrannarkose führt nicht zu vermehrtem Eindringen des As in die Substanz des Zentralnervensystems, sondern zu einer Aufhebung der normalen Aufnahmefähigkeit. Ebenso erschweren tiefe Äthernarkosen dem Neo-S. den Eintritt ins Gehirn. Eine Vorbehandlung der Tiere mit gefäßerweiternden Mitteln, wie Amylnitrit, Koffein, Theophyllin, bewirkt eher eine Verminderung des Übertrittes des Neo-S. in die Gehirnsubstanz. Über die Aufnahmefähigkeit des Gehirns für As während einer akuten Meningitis kann Verf. seine Versuche noch nicht abschließen, doch scheint die Steigerung nur minimal zu sein. Längere Ausdehnung der Darreichungszeit auf 5—6 Wochen, ja auf $5^1/_2$ Monate, wobei insgesamt 3,6—3,99 g arsenige Säure Hunden gegeben wurden, bedingten zwar eine chronische Arsenvergiftung; es wurden aber im Gehirn nur 0,3—0,4 mg As pro 10 g frische Gehirnsubstanz gefunden. So sehen wir, daß die anorganischen Arsenverbindungen noch geringere Neigungen haben, ins Zentralnervensystem einzudringen. Auch Narkosen steigern nicht die Aufnahme des Gehirns für As. A. Rosenburg-Mannheim.

Spirozidbehandlung der kongenitalen Säuglingslues, von K. Krombach-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 32, S. 1512.) Verf. hat mit der Spirozidbehandlung der luetischen Säuglinge sehr günstige Resultate erzielt. Anfänglich wurde die Behandlung in der bisher üblichen Weise vorgenommen; doch zeigte die weitere Beobachtung, daß es zweckmäßig ist, das Präparat in einer ununterbrochenen Kur 3—4 Monate lang täglich zu geben, indem es nicht nüchtern, sondern mit der Nahrung verabfolgt wurde. Bei reinen Spirozidkuren wurden insgesamt in einer Kur 15—30 g Spirozid gegeben, bei mit Bismogenol kombinierter Behandlung 10—15 g Spirozid und 5—7 g Bismogenol. 6 bis 8 Wochen nach beendeter Kur wurde die zweite bzw. dritte Kur vorgenommen. WR blieb stets negativ. Rezidive wurden nicht beobachtet. E. Langer-Berlin.

Kritisches zur Malariabehandlung der Syphilis, von F. Bering-Essen. (W. kl. W., 1928, Nr. 28, S. 977.) Ohne Liquoruntersuchung ist keine Syphilisbehandlung möglich. Der beste Zeitpunkt zur Beurteilung des Erfolges der spezifischen Behandlung im Primär- und Sekundärstadium ist eine längere Zeit nach Abschluß der Behandlung bzw. im Stadium der Spätlatenz vorgenommene Blut- und Liquoruntersuchung. Positiver Liquor ist als ernstes Symptom zu bewerten. Nur bei positivem Liquor besteht Indikation zur Malariabehandlung, die die günstigsten Aussichten für völlige Sanierung und Ausbleiben nervöser Symptome liefert. Unbedingt sind beste ärztliche und pflegerische Überwachung jedes Malariafiebernden nötig. Wenn genügende Übung und Hilfskräfte vorhanden sind, kann die Malariakur als ungefährlich gelten. Todesfälle sind dem Mangel an Wachsamkeit und Erfahrung zuzuschreiben. 8 Fieberanfälle erscheinen zweckmäßig. Unbedingt erforderlich ist Bi-Salvarsanvor- und Nachbehandlung. Wertvoll ist die Malaria bei hartnäckig Blut-WR-positiven Fällen, auch ohne Liquorbefund. Ulzeröse Prozesse an der Haut und den Knochen verschwanden schon während des Fiebers, und die vorher bestehende Salvarsan- und Bi-Resistenz hatte aufgehört.
W. Kirschbaum-Hamburg.

Zum Problem der malariabehandelten Paralyse, von A. Jakob-Hamburg. (W. kl. W., 1928, Nr. 28, S. 994.) Mitteilung eines Falles mit genauem anatomischem Befund, wo zunächst eine Paralyse klinisch mit ausreichender Sicherheit diagnostiziert wurde, Malariabehandlung zu einer zweijährigen mäßigen Remission führte und bei Rückfall die Symptome einer Meningo-Encephalitis luica und Herdparalyse bestanden haben. Es wird angenommen, daß der verhältnismäßig frische Prozeß einer meningealen und Gefäßsyphilis auf eine durch die Malariabehandlung wiedergewonnene spezifische Abwehrfähigkeit des Organismus zurückgeht. Nach der Malariabehandlung sollen die verhältnismäßig geringen paralytischen Veränderungen, die sich noch im Gehirn zeigten, zum Stillstand gekommen sein. W. Kirschbaum-Hamburg.

Über die Paralysefrequenz in Wien 1923—1927, nebst einigen Bemerkungen über die Wirksamkeit der Paralysebehandlung durch Impfmalaria, von H. Herschmann-Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 28, S. 915.) In dem ersten Teil seiner Arbeit setzt sich Verf. zunächst mit den Wilmannsschen Behauptungen über die Ursache der Paralysehäufigkeit auseinander, denen er widerspricht. Bezüglich der Häufigkeit der Paralyse in Wien in dem fraglichen Zeitabschnitt führt er folgende Zahlen an: Bei den männlichen Patienten ist ein wenn auch sehr geringer Rückgang zu verzeichnen von auf 10000 männliche Einwohner alljährlich 4,56 vor dem Kriege auf 4,03 in den ersten

Digitized by Google

4 Jahren nach dem Kriege und 4 in den Jahren 1923—1927. Bei den Frauen findet sich dagegen eine Zunahme von 1,02 vor dem Kriege auf 1,12 in den ersten 4 Nachkriegsjahren und 1,27 in den Jahren 1923—1927 alljährlich auf 10000 weibliche Einwohner. Fortsetzung folgt. E. Langer-Berlin.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Contribution à l'étude du gonocoque (Beitrag zum Studium des Gonokokkus), von M. Aitoff. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 24, S. 461.) Ausgehend von der Tatsache, daß man den Gonokokkus im Eiter gewöhnlich nicht im Reinzustand, sondern vermengt mit saprophytischen oder parasitären Mikroben, besonders Staphylokokken, findet, wurde versucht, diese Verhältnisse nachzuahmen durch Beimischung von Staphylokokken-Antivirusfiltrat zum Nährboden von Weisse und Leberextrakt. Das Wachstum war in diesen Röhrchen reichlicher als in Kontrollröhrchen, die anstatt des Filtrats Bouillon enthielten. Auffallend war in den Filtratröhrchen die Tatsache, daß der Gonokokkus nicht den sonst zu beobachtenden Pseudoschleier bildet, sondern Klümpchen, die schnell zu Boden fallen und dort ein körniges Depot bilden. Die von den Kulturen stammenden Gonokokken färben sich gut, zeigen wenig Involutionsformen und können selbst nach einem Aufenthalt von 6 Wochen im Brutschrank weiter verimpft werden. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Gonorrhoe an Tieren mit abgeänderter Konstitution, von A. Sternberg, S. Stschedrowitzky und E. Rabinowitsch. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 29, S. 1833.) Es besteht ein unmittelbares Abhängigkeitsverhältnis zwischen lokaler Gewebsimmunität und innerer Drüsensekretion. So gelang die Infektion von kastrierten Mäusen viel leichter und war von längerer Dauer als die der nichtkastrierten Tiere. Eine Allgemeininfektion wurde überhaupt nur bei der ersten Gruppe erzielt. Bei Verwendung frischer Kulturen kommt dem Gonokokkenstamm keine entscheidende Bedeutung für den Impferfolg zu. Ebenso hat auch die Sensibilisierung durch Galle keine wesentliche Bedeutung gehabt. F. Landauer-Berlin.

b. Pathologie und Klinik

Zur Frage der Urethritis gonorrh. bei kleinen Knaben, von B. Fränkel. (Wratschebnaja gaseta, 1928, Nr. 11/12.) Von 5 Knaben im Alter von 2—10 Jahren hatten sich 4 Knaben im Alter von 7—10 Jahren durch Koitus und nur der eine zweijährige durch Schlafen in einem Bett mit seiner tripperkranken Mutter ohne Koitus infiziert. A. Jordan-Moskau.

Contribution à l'étude des manifestations viscérales de la gonococcie (endocardite, pneumonie (Beitrag zum Studium der viszeralen Manifestationen der Blennorrhoe [Endokarditis, Pneumonie]), von A. Pratsicas. (Paris méd., 1928, Nr. 23, S. 521 bis 528.) Bericht über zwei tödlich verlaufene blennorrhoische Endokarditiden und einen in Heilung übergegangenen Fall einer eine Blennorrhoe komplizierenden Pleuropneumonie. Die beiden Endokarditiden waren an der Mitralis lokalisiert und verliefen in 5—9 Wochen tödlich. In dem einen Falle waren Gelenkerscheinungen vorausgegangen; in beiden fand sich frühzeitige Azotämie, was vielleicht diagnostisch bedeutsam ist. In dem Falle der Pleuropneumonie trat schnelle Heilung nach 2—3 Trypaflavineinspritzungen ein. E. Levin-Berlin.

Die Serodiagnose der Gonorrhoe des Weibes, von J. Hotta und J. Schwarz-Wien. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 29, S. 1817.) Die Methode ist ein wertvolles Hilfsmittel in der Diagnose der weiblichen Blennorrhoe. Es wurden sowohl Versuche mit inaktivem als auch mit aktivem Patientenserum gemacht. Dabei erwies sich das erstere als erheblich überlegen. F. Landauer-Berlin.

c. Therapie

Gonorrhoetherapie, von A. Loeser-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 29, S. 1375.) Als Richtigstellung zu einem Aufsatze von Gumpert über „Gonorrhoetherapie" teilt Verf. mit, daß er niemals intramuskuläre oder intravenöse Injektionen von Lebendvakzine empfohlen habe, sondern stets nur sub- oder intrakutane. Außerdem habe er nie behauptet, mit dieser Therapie in 70% der weiblichen Gonorrhoe Heilung erzielt zu haben, sondern nur bei der chronischen Gonorrhoe der Zervix und der Adnexe noch in 70% solcher Fälle, die jeder anderen Therapie trotzten. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Erwiderung, von M. Gumpert-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 29, S. 1375.) Verf. berichtigt seinen Irrtum. Er lehnt aber die Behandlung mit der Lebendvakzine beim Menschen ab. E. Langer-Berlin.

Stellung des Targesin in der Gonorrhoetherapie, von B. H. U. Mohrmann-Hannover. (D. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1296.) Targesin wirkt in akuten Fällen besser als in chronischen. Komplikationen und Reizerscheinungen wurden nie beobachtet, selbst bei sehr hoher Dosierung. Die dunkle Verfärbung der Schleimfäden spricht dafür, daß Targesin in die Drüsenöffnungen eindringt. In Kombination mit den jeweils erforderlichen Maßnahmen wie Bougies, Heizbougie, Janetscher Spülung, Vakzine usw. darf Targesin als ein gutes lokales Therapeutikum mit besonderen Vorzügen bezeichnet werden. In einem Fall von Blennorrhoe hat sich Targesin in 10%iger Lösung glänzend bewährt. F. Harry-Wiesbaden.

Die Therapie der chronischen Gonorrhoe des Mannes, von O. Schwarz. (W. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1013.) Für den Facharzt nichts Neues. Hervorgehoben zu werden verdient nur der Satz, daß „dasselbe, was für die chronische Urethritis anterior die Dilatation, für die chronische Urethritis totalis die Prostatamassage bedeutet". E. Langer-Berlin.

Remarques au sujet de la technique des grands lavages urétro-vésicaux (Bemerkungen zur Technik der großen Harnröhren-Blasenspülungen), von L. Boulanger. (Progr. méd., 1928, Nr. 23, S. 960—963.) Für die Spülungen wird ein vom Verf. konstruierter und abgebildeter Metallapparat mit besonderem Ansatz empfohlen, der sich der Harnröhre gut anpaßt und gut regulierbar ist. Das verwendete Wasser soll nicht lau, sondern richtig warm sein, wenigstens 38,5°, wenn der Sphinkter schwer nachgibt, noch wärmer. E. Levin-Berlin.

Diagnostik und Therapie der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen unter Berücksichtigung der Röntgen- und Radiumstrahlen, von L. Loewenstein, Derm. Abt. d. Rud.-Virch.-Krkhs. (Ther. d. Gegenw., 1928, H. 3, S. 112.) Verf. beschreib die vier Formen der blennorrhoischen Arthritis: Hydrops, serofibrinöse, eitrige und phlegmonöse Entzündung, die Reihenfolge entsprechend der Schwere steigend. Bei der Behandlung wird auf die Wirkung der Röntgenstrahlen hingewiesen und die dadurch bewirkte schnelle Linderung der Schmerzen, Abklingen der Entzündungserscheinungen und Eintritt der Beweglichkeit. Dosis $^1/_4$ HED bei 3 mm Al, 24 cm Fokus, 6 Minuten, jedwede sonstige gleichzeitige Behandlung abgesetzt. Radium wurde in Form von Radiogenschlamm benutzt, der 60fach so radioaktiv ist wie Fango und sehr gut auf die Schmerzhaftigkeit einwirkt. Methode: der trockene Schlamm wird zu Brei angerührt, fingerdick aufgetragen, verpackt, 1 Stunde liegen gelassen, dann abgespült. Nach Trocknung noch zwei- bis dreimal benutzbar. Praktischer ist die Radiumkompresse, die im Handel fertig zu haben ist. Radiophan (Atophan + Radium) als Injektion wirkt ebenfalls schmerzlindernd. Bei allen Behandlungen gleichzeitige Medikation mit den üblichen Mitteln, bei beginnender Bewegungsbehandlung Diathermie zur Unterstützung. Bei der phlegmonösen Form waren alle Methoden zwecklos, weil immer Ankylose eintrat. D. Simons-Berlin.

Zur intravenösen Gonoflavintherapie bei Gonorrhoe (zugleich Bemerkungen über die intravenöse Akridintherapie der Gonorrhoe), von C. L. Karrenberg, Derm. Kl. Allg. Krkhs. St. Georg Hamburg. (M. Kl., 1928, Nr. 31, S. 1195—1196.) Die Erfolge der intravenösen Tripperbehandlung mit Gonoflavin (identisch mit dem französischen Präparat Gonakrin) waren sowohl bei Männern wie bei Frauen, bei frischen und älteren Fällen und auch bei Komplikationen des Trippers gleich unbefriedigende, gut nur in einem ganz frischen Falle, in dem aber auf andere Weise wohl dasselbe zu erreichen gewesen wäre. Dazu kommen die zum Teil sehr unangenehmen Nebenerscheinungen, die stärker sind als bei dem früher verwendeten Trypaflavin, da das Gonoflavin eine größere Toxizität besitzt. Von einem neuen Wege der Blennorrhoebehandlung kann im Hinblick auf die früheren Versuche mit Trypaflavin überhaupt nicht die Rede sein und die berichteten günstigen Erfolge beruhen größtenteils auf Laboratoriumsversuchen, die bei der Blennorhoe auch sonst oft zu den praktischen Erfahrungen in einem auffallenden Mißverhältnis stehen. Der Gonokokkus scheint eben in vivo eine Sonderstellung einzunehmen. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 46 (Bd. 87) 17. November 1928

Aus der Dermatologischen Klinik der Karl-Universität in Prag
(Vorstand: Prof. Dr. Fr. Šamberger)

Pemphigus blastomyceticus

Von

Dr. K. Procházka, Assistent der Klinik

Mit 2 Abbildungen im Text

Neben Blastomykosen, die von Busse-Buschke, Gilchrist u. a. beschrieben wurden, können Sproßpilze in der Reihe ihrer klinischen Erscheinungsformen auch solche Affektionen auf der Haut hervorrufen, die ausschließlich in den obersten Hautschichten lokalisiert sind. So können sie einerseits klinische Typen hervorrufen, die Pilzerkrankungen ähnlich sind, z. B. den Trichophytien, anderseits sind sie Ursache bestimmter Erkrankungen von ganz typischem Aussehen, wie wir sie z. B. bei der Erosio interdigitalis, bei den superfizialen Blastomykosen Fabrys, bei den Fällen von Miescher (Miliaria rubra), von Stäheli (Dermatitis pustulosa) u. a. sehen. Die pathologisch-anatomische Grundlage aller dieser Erkrankungen ist die Entzündung verschiedenen Grades. Bei der Vielseitigkeit der klinischen Erscheinungen, wie sie durch Blastomyzeten entstehen, ist es verwunderlich, daß sie bis jetzt noch nicht als ätiologisches Agens von zwar ebenfalls superfizialen Erkrankungen erkannt wurden, deren pathologisch-anatomische Grundlage jedoch eine andere ist. Einer Erkrankung nämlich, deren charakteristisches Merkmal eine Pemphigusblase auf nicht entzündlicher Grundlage bildet, welches nach Ansicht von Šambergers Schule durch plötzliche Hypersekretion der von den Blutkapillaren in die Epidermis sezernierten Lymphe hervorgerufen wird.

Die Blutkapillaren haben nach Šambergers Theorie eine doppelte Funktion: 1. den Blutstrom zu beschleunigen und zu regulieren. Durch Störung dieser Funktion entstehen pathologische Zustände, deren Grundlage Hyperämie, Anämie und Entzündung ist. 2. Die Blutkapillaren sezernieren die Lymphe, womit hier Šamberger die Gewebsflüssigkeit bezeichnet, welche den Geweben aus dem Blute das zum Leben notwendige Material zuführt, und die er überhaupt für den biologisch-aktiven Bestandteil der Lymphe hält. Durch Schädigung dieser Funktion entstehen Krankheiten, die ein besonderes Kapitel der Dermatologie bilden und die bei plötzlicher Hypersekretion dieser Lymphe als Pemphigusblase und urtikarielle Quaddel in Erscheinung treten, je nachdem in welcher Hautschicht die Hypersekretion stattfand. In die Gruppe der

Digitized by Google

Pemphiguserkrankungen werden dann alle klinischen Typen eingereiht, die durch die Pemphigusblase charakterisiert sind, also sowohl der Pemphigus vulgaris als auch eine Reihe anderer Krankheiten, wie der Pemphigus neonatorum, Impetigo contagiosa, die neurotischen Pemphigusformen, die artefiziellen (nach Kanthariden), sowie die mikrobiellen, septischen usw. Zur Entstehung einer Pemphiguserkrankung ist es notwendig, daß das wirksame Agens lymphagoge Eigenschaften besitzt oder daß die Blutkapillaren in ihrer lymphosekretorischen Funktion überempfindlich geworden sind, so daß ein anderswo unschädliches Agens die Symptome der Lymphhypersekretion hervorrufen kann.

Auf Grund dieser theoretischen Voraussetzungen ist es möglich, auch die Sproßpilze für fähig zu halten, das Bild der Pemphiguserkrankungen hervorzurufen. In der letzten Zeit beschreibt Engelhardt aus der Klinik Jesionek in seiner Publikation „Über Sproßpilzbefunde bei pemphigusartigen Erkrankungen" (Derm. W., 1927, S. 1337) eine Erkrankung vom Typus der Dermatitis herpetiformis Duhring und findet es ebenfalls auffallend, daß in der Reihe der Mikroben, die als Erreger der pemphigusartigen Erkrankungen beschrieben wurden, die Sproßpilze bisher unerwähnt blieben. Er geht von den Ullmannschen Beobachtungen über die Ähnlichkeit der klinischen Symptome sowie des Verlaufes des Soors und des Pemphigus der Schleimhäute aus und gelangt bei seinem Falle zur Ansicht, daß die Hefepilze unter Umständen in der Lage sind, auf der Haut ein dem Pemphigus bzw. der Dermatitis herpetiformis Duhring überaus ähnliches Krankheitsbild hervorzurufen.

Seine Beobachtungen und unsere Resultate, zu denen wir in unseren an anderen Stellen publizierten Arbeiten von der Entstehung und den Ursachen der Pemphiguserkrankungen gekommen sind, veranlassen uns, einen Fall zu veröffentlichen, den wir unmittelbar nach der Engelhardtschen Publikation beobachtet haben.

A. Ch., 48 Jahre alt, Schneidersfrau.

Anamnese: Familienanamnese o. B. Patientin machte in der Jugend Morbilli und Pertussis durch. Vor 25 Jahren schwoll ihr nach einer schweren Zahnextraktion die Schleimhaut des Mundes und des Rachens an, gleichzeitig gingen ihr die Haare in ganzen Strähnen aus. In einigen Tagen war sie fast kahlköpfig. Ungefähr einen Monat vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung hatte sie Hals-, Kopf- und Brustschmerzen sowie Husten. Die jetzige Erkrankung begann vor 7 Tagen mit kleinen Bläschen in der linken Axilla. Im Verlaufe von 3 Tagen entstanden ähnliche Bläschen auch in der rechten Axilla, unter den Brüsten, in der Genitalgegend und in der Nähe der Genitokruralfalten. Die Bläschen platzten bald und es entwickelten sich aus ihnen nässende und brennende Flächen, welche sich vergrößerten. Dies alles bewog die Patientin, um Aufnahme ins Krankenhaus zu fordern.

Status praesens. Patientin von mittlerer Gestalt, grazilem Knochenbau, sehr schlechtem Ernährungszustand. Habitus anaemicus. Innere Organe, Harn, Genitale ohne pathologische Veränderungen.

Hautbefund: Auf der rechten Hüfte ist als primäre Effloreszenz eine linsengroße Blase mit eingesunkenem Zentrum und getrübtem Inhalt zu sehen. In ihrer Umgebung ist eine ganz unscheinbare entzündliche Reaktion. In beiden Axillen, unter den Brüsten und in den Genitokruralfalten sind zirzinäre und landkartenartige Herde von der Größe eines Zehnhellerstücks bis zu der eines kleinen Handtellers, einzeln und ineinander übergehend. Im Zentrum der größeren Flächen befindet sich normale, leicht hyperpigmentierte Haut, das der kleineren wird von einer mazerierten, epidermisfreien Fläche gebildet. Die Ränder der Krankheitsherde sind von konfluierenden Blasen bedeckt, welche serpiginös, nierenförmig und kreisförmig angeordnet sind. Der Grund,

Digitized by Google

auf dem sie sitzen, ist sowohl gegen das Zentrum, als auch gegen die gesunde Umgebung wallartig erhoben. Die Blasen sind größtenteils geplatzt, von den Blasendecken bleiben graue Fetzen zurück, der Grund sezerniert stark; er ist teilweise mit honiggelben Borken bedeckt. In der Umgebung der Herde sieht man eine verhältnismäßig geringe entzündliche Reaktion von eher braunroter Farbe.

Außer diesen Veränderungen befinden sich an der Streckseite der linken und in geringem Maße auch der rechten Schulter folikullär lokalisierte, kleine, braunrote Papeln, zwischen welchen hier und da eine stecknadelkopfgroße Blase zu sehen ist. Der Gipfel einiger Papeln ist zerkratzt und mit braunroten bis roten Krusten bedeckt. Ähnliche Effloreszenzen, einzeln und zu zusammenhängenden Herden gruppiert, sind auch in der rechten Regio scapularis und supracapularis.

Die Haare sind sehr schütter, an den Schläfen und am Scheitel fehlen sie überhaupt. Die Kopfhaut ist dort kahl, glatt und glänzend, nur über den Ohren und über der Stirne sind dünne Strähne schütterer Haare übriggeblieben. BWR, MTR, SGR negativ. Bezredka-Reaktion und die Komplementablenkungs-Reaktion auf Streptokokken sind ebenfalls negativ.

Abb. 1

Der weitere Krankheitsverlauf ist charakterisiert durch das Auftreten vereinzelter, etwa erbsengroßer Bläschen, die gespannt sind und deren Grund fast überhaupt keine Entzündung aufweist. Sie entstehen an Hautstellen, die einander anliegen, — in den Axillen, unter den Brüsten und in der Inguinalgegend. Innerhalb von 12 Stunden trüben sie sich milchig und platzen. Die hierdurch entstandene, nässende Erosion schleicht zentrifugal weiter fort, unterstützt durch Bildung neuer Blasen an der Peripherie des so entstandenen Herdes. Auch diese letzteren platzen sehr schnell, so daß aus den neuen Blasen in einigen Tagen ein landkartenförmiges oder zirzinäres Gebilde entsteht, welches dem im Status praesens beschriebenen gleicht. Von den Bläschen sehen wir fast nur mehr die Reste in Form von Fetzen aus den Blasendecken. Der Herd trocknet im Zentrum ein, epithelisiert sich, während an der Peripherie das Nässen fortdauert und der Krankheitsprozeß weiter um sich greift. Sehr oft entsteht gerade im geheilten Zentrum eine neue Blase und das Ganze wiederholt sich. Mit der Zeit kommt es so zur Bildung ausgedehnter, zusammenfließender Flächen, hauptsächlich in der Genitalgegend, welche nicht nur das ganze äußere Genitale und die Inguinalgegend, sondern auch die anliegenden Partien der Schenkel und des Unterbauches einnehmen. Ähnlich ist es unter den Brüsten, wo die Erkrankung in die Umgebung, hauptsächlich auf das Sternum übergegangen ist. Außerdem entstand ein neuer Herd am Rücken, der einzige auf einer freien Hautfläche.

Die Erkrankung bot also in den ersten Tagen unserer klinischen Beobachtung ein Bild, welches in die Gruppe des Pemphigus gehört. Die Pemphigusblasen auf nicht entzündlicher Unterlage zwangen uns, an Pemphigus vulgaris zu denken. Der weitere Verlauf, bei welchem sich

Digitized by Google

auch die entzündliche Komponente geltend machte, näherte das Krankheitsbild eher der Dermatitis herpetiformis Duhring. Zwei Symptome ließen sich jedoch in dieses klinische Bild nicht einreihen. Die Erkrankung war in ihrem Beginne nur aneinander berührenden Hautflächen lokalisiert. Außerdem sahen wir nie eine größere Eruption neuer Bläschen, die hier nur vereinzelt entstanden. Dabei bewahrte die Erkrankung ständig ihren schleichenden, progredienten Charakter, wie er für manche Infektionskrankheiten und hauptsächlich für Pilzerkrankungen typisch ist. Aus diesem Grunde und auch deshalb, weil wir schon Gelegenheit hatten, eine andere Erkrankung zu beobachten, die durch ihre Lokalisation und teilweise auch durch ihren klinischen Charakter der jetzigen ähnlich war, und bei der wir als ätiologisches Agens Hefepilze nachweisen konnten, führten wir auch hier die diesbezügliche bakteriologische Untersuchung durch.

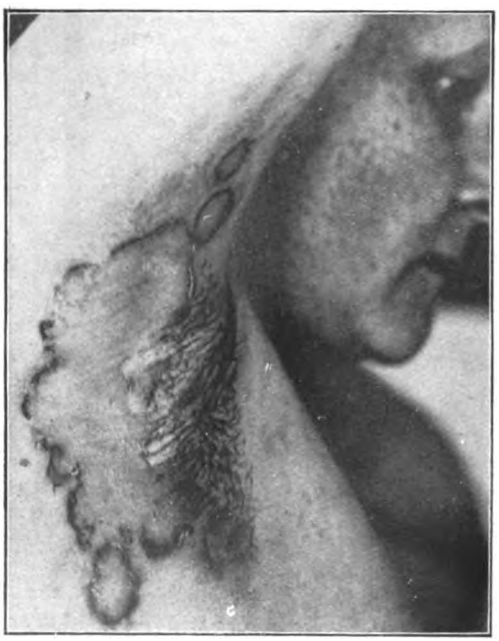


Abb. 2

Bakteriologischer Befund: In den Anstrichen aus neuen und älteren Bläschen wurden größtenteils extrazelluläre, runde Gebilde gefunden, die sich mit Fuchsin satter schwarzrot färbten als die Leukozytenkerne. An einigen von ihnen waren Sproßformen angedeutet. Die Untersuchung wurde einigemal wiederholt, in verschiedenen Zeitintervallen, von verschiedenen Krankheitsherden, jedoch immer mit demselben Resultat, ohne Unterschied, ob es sich um frische oder ältere Blasen handelte, bei welchen eventuell auch Staphylokokken als Sekundärinfektion auftraten. Im Nativpräparat, in 20%iger KOH, entsprach der Befund den Anstrichen: Runde Gebilde, das Licht stärker brechend als Leukozytenkerne, mit teilweise angedeuteter doppelter Kontur.

Die Kultivation wurde einigemal durchgeführt, einerseits auf festen und flüssigen Nährböden nach Sabouraud (mit Glykose und Maltose), andererseits in Bouillon und Agar. Das Material zur Kultur wurde durch Punktion der Blasen gewonnen, deren Decken und Umgebung mit 10%iger Jodtinktur bestrichen wurden. Die Punktion der Blasen wurde mit einer sterilen Spritze durchgeführt und nach Abspritzen der ersten Tropfen wurde der Inhalt auf den diesbezüglichen Nährboden überimpft. So wurde auf Zuckernährböden ein Hefepilz aus der Gruppe Kryptokokkus gewonnen, mit allen typischen und bekannten morphologischen

Digitized by Google

und Kultivationseigenschaften, so daß wir es nicht für notwendig halten, sie näher zu beschreiben. Wir kamen trotz wiederholter Untersuchungen immer zu demselben Befund. Auf Nährböden ohne Zusatz von Zucker wuchsen Staphylokokken. Der beschriebene Kryptokokkus wuchs auf ihnen gewöhnlich nicht, auch wenn er künstlich überimpft wurde. Die Blutkultur war auf allen Nährboden negativ.

Dekursus: Da wir von Anfang an die Diagnose Pemphigus vulgaris für möglich hielten, begannen wir die Therapie mit Ung. ichtoxyli sec. Prof. Šamberger, welches uns bei dieser Erkrankung gewöhnlich gute Dienste leistet. Die Krankheitsherde trockneten ein, es entstanden aber wieder neue geradeso wie nach der weiteren Therapie mit indifferenter Zinkpaste und den später einsetzenden Injektionen von Néotreparsénan. Nach abermaligem Hefepilzbefund wurde eine Jodtherapie eingeleitet, und zwar wurden intramuskuläre Mirioninjektionen gegeben und äußerlich Lugolsche Lösung und Jodtinktur appliziert. Die Jodtherapie bewährt sich uns schon seit langem bei allen Formen von Hefepilzerkrankungen. Auch hier konnten wir gleich nach der ersten äußeren Jodapplikation merken, daß die Herde sich nicht weiter verbreiteten und schnell eintrockneten. Im Zentrum kam es zur Bildung dünner Krusten, welche sich leicht ablösten. Alle neugebildeten Blasen heilten sehr rasch nach Bestreichung von Jodtinktur ab und hinterließen keine Spuren. Im weiteren Verlaufe kam es immer seltener und seltener zur Bildung neuer Blasen und die restlichen Krankheitsherde trockneten immer mehr ein und blaßten ab, so daß die Patientin fast geheilt mit je einer kleinen nässenden Fläche in einer Axilla und einer Inguinalfalte in häusliche Pflege entlassen werden konnte. Im ganzen erhielt sie bis zu ihrer Entlassung 23 Mirioninjektionen.

4 Monate später kam die Patientin zurück mit einem Rezidiv, welches mit leichtem Nässen an den schon früher befallenen Stellen begann und sich nach Applikation von Pellidolpasta plötzlich und merklich verschlimmerte. Klinisch sah man nun Krankheitsherde von sattroter Farbe, an deren Rändern sich Reste der geplatzten Blasendecke und ganz vereinzelt flache Bläschen befanden. Diese Herde näßten hauptsächlich in der Richtung gegen die Peripherie und waren mit gelbgrünen Borken bedeckt. Also ein der früheren Erkrankung ähnliches Bild, nur durch das Hinzutreten der artefiziellen Dermatitis etwas akuter verlaufend. Dieses Rezidiv war sehr gutartig, während des sechswöchigen Aufenthaltes auf der Klinik entstand keine neue Blase, so daß wir keine bakteriologische Untersuchung durchführen konnten. Eventuelle Befunde auf den offenen nässenden Flächen hielten wir a priori für unverläßlich. In dieser Zeit heilte die Krankheit glatt nach Applikation von Lugolscher Lösung und nach Laktininjektionen ab, so daß die Patientin mit nur mehr leicht geröteten Flächen an den Stellen entlassen werden konnte, wo die Krankheit früher lokalisiert war.

Unser Fall ist dem Fall Engelnardt sehr nahe verwandt. Es ergaben sich nur kleine klinische und bakteriologische Unterschiede. Engelhardt hält die von ihm beschriebene Krankheit für eine Dermatitis herpetiformis Duhring, der sich eine Sproßpilzinfektion zugesellt hat. Diese ruft klinische Symptome (Blasen) hervor, die denen der Duhringschen Krankheit so ähnlich sind, daß sie sich voneinander mit bloßem Auge nicht unterscheiden lassen. Seine Ansicht basiert auf dem häufig negativen Hefepilzbefund in ganz frischen Blasen. Außerdem kam es bei seinem Falle tatsächlich zu Eruptionen, die sich über große Hautstellen erstreckten. Ein Symptom also, daß für die Dermatitis herpetiformis Duhring ebenso wie die urtikariellen Erscheinungen und die Erfolglosigkeit jedweder Therapie (auch der Jodtherapie) typisch ist. In unserem Falle hatte die Erkrankung ausgesprocheneren mykotischen Charakter. In erster Linie durch ihre Lokalisation — anfangs befand sie sich ausschließlich an sich berührenden Hautpartien, die als prädisponiert für oberflächliche Hefe- und andere Pilzaffektionen angesehen werden. An diesen Stellen wird die Hautoberfläche einerseits mechanisch

Digitized by Google

gereizt (gegenseitige Reibung der beiden Hautflächen), andererseits durch den ständig entstehenden Schweiß öfters mazeriert. Sie bildet daher nicht mehr ein undurchdringliches Hindernis für das Eindringen der Sproßpilze, denen außerdem der zersetzte Schweiß einen guten Nährboden bietet, welcher ihre Lebensfähigkeit und Virulenz erhöht. Der ubiquitäre Saprophyt, den diese Pilze sicherlich vorstellen, kann dann Ursache krankhafter Veränderungen werden.

Gegen den Engelhardtschen Fall, gegen die Duhringsche Krankheit und gegen Pemphigus vulgaris überhaupt sprach auch das Fortschreiten und die Verbreitungsart des ganzen Prozesses, die weder als große allgemeine Eruption noch als Eruption gruppierter Bläschen vor sich ging. Auch urtikarielle Effloreszenzen bemerkten wir nie. Es entstanden nur vereinzelte Bläschen auf gesunder sowie auch auf schon früher erkrankter Haut. Die daraus entstandenen Erosionen verbreiteten sich schleichend in der den Pilzerkrankungen eigenen Art und Weise. Auffallend war die rasche Trübung der Bläschen binnen einiger Stunden; also ein deutlicher Beweis für die suppurativen Fähigkeiten des infektiösen Agens, welches bei Pemphigus vulgaris und bei der Dermatitis herpetiformis Duhring, abgesehen von einer Sekundärinfektion, gewöhnlich fehlt. Gegen Pemphigus vulgaris sprach auch die Tatsache, daß die Blasen immer von gleicher, etwa Linsengröße waren. Nie kam es zur Bildung einer großen gespannten Blase wie beim Pemphigus vulgaris.

Einen positiven Hefepilzbefund erzielten wir fast immer, sowohl mikroskopisch, als auch kulturell in frischen und alten Bläschen — nur mit dem Unterschiede, daß letztere eher auch sekundär infiziert waren (Staphylokokken u. a.). Das Hauptsymptom endlich, durch welches sich unser Fall am meisten unterschied und welches dabei den ätiologischen Zusammenhang zwischen den gefundenen Hefepilzen und der beschriebenen Krankheit am stärksten betonte, war der sehr gute therapeutische Effekt der Applikation von Jod in Form von Lugolscher Lösung und Mirioninjektionen. Jod gilt als Spezifikum gegen Sproßpilze; unsere therapeutischen Erfolge bei Blastomykosen vom Typus Busse-Buschke, die in unseren Gegenden verhältnismäßig häufig auftraten, bestätigen dies sehr gut.

Der Erfolg dieser unserer Therapie schließt die Reihe der beschriebenen Symptome, welche klarlegen, daß es sich um eine pemphigusartige Erkrankung gehandelt hat, die weder in die Gruppe des Pemphigus vulgaris, noch zur Dermatitis herpetiformis Duhring eingereiht werden kann. Der Erfolg der Jodtherapie und die konstanten Sproßpilzbefunde in alten und frischen Blasen sprechen stark für die ätiologische Zusammengehörigkeit der ganzen Erkrankung mit den gefundenen Mikroben. Nach unserer Ansicht gehört dann die Krankheit zu den mikrobiellen Pemphigusformen. Diese wiederum gehören zur Gruppe der Pemphigi mit bekannter Ätiologie (artefizielle, neurogene, mikrobielle), die eine selbständige Gruppe gegenüber dem Pemphigus vulgaris bilden und sich von ihm durch ihre klinischen Symptome, ihren Verlauf und ihre Prognose unterscheiden.

Die Sproßpilze haben unter normalen Umständen nicht die Fähigkeit, eine unentzündliche, pemphigöse Blase hervorzurufen. Die durch sie

Digitized by Google

verursachten Veränderungen pflegen auf einer Entzündung zu basieren. Diese war auch in unserem Falle in der raschen Trübung der Blasen und in den schwach entzündlichen Anzeichen zu sehen, hauptsächlich im späteren Verlaufe der Erkrankung. Das Hauptsymptom aber blieb ständig die nicht entzündliche Pemphigusblase.

Die Grundlage und der Mechanismus des ganzen Krankheitsbildes stellen wir uns deshalb so vor, daß es sich bei der Patientin um Kapillaren mit überempfindlicher lymphosekretorischer Funktion handelte. Die Sproßpilze, die an der Körperoberfläche als ubiquitärer Saprophyt leben, hatten die Möglichkeit in einem für sie vorteilhaften Milieu (an einander anliegenden Hautpartien) ihre Lebensfähigkeit zu erhöhen, durch die geschädigte Hautoberfläche einzudringen und einen Krankheitszustand hervorzurufen. Die Entstehung der Erkrankung wurde hauptsächlich durch die überempfindliche lymphosekretorische Funktion der Hautkapillaren ermöglicht, was gleichzeitig zur Folge hatte, daß in dem klinischen Bilde jenes Symptom vorherrschte, welches in den Hypersekretion der Lymphe in die Epidermis seinen Ursprung hatte: die unentzündliche, pemphigöse Blase. Bei der verhältnismäßig geringen Virulenz der infizierenden Pilze und bei normalem Zustand der übrigen Kapillarfunktionen konnten sich allerdings die entzündlichen Symptome nur in geringem Grade entwickeln und dies auch noch erst im späteren Verlaufe der Erkrankung, wo die Vitalität der Kapillaren sicherlich schon durch den Krankheitsprozeß herabgesetzt war. Auch im Engelhardtschen Fall muß man voraussetzen, daß es sich dort um eine Überempfindlichkeit der Kapillaren in lymphosekretorischem Sinne gehandelt hat. Engelhardt rief mit kultivierten Hefepilzen an demselben Patienten das Bild der von ihm beschriebenen Erkrankung hervor, und zwar am besten an Stellen, die schon früher die Erkrankung durchgemacht hatten. Von drei anderen Personen mit anderen Erkrankungen kam es nur bei einem zu einer miliaren Bläscheneruption. Der Autor spricht dann bei seinem Falle von einer Überempfindlichkeit gegen Hefepilze durch eine entstandene allergische Umstimmung. Seine Ansicht schließt die unsere von der Überempfindlichkeit der lymphosekretorischen Funktion der Hautkapillaren nicht aus, wodurch sich alle Ergebnisse seiner Experimente an der Patientin und anderen Personen recht gut erklären lassen. Durch unsere Erklärung wird es auch verständlich, warum die Hefepilze nur ganz vereinzelte Pemphiguserkrankungen hervorrufen. Bei der geringen Fähigkeit der Hefepilze, eine erhöhte Lymphosekretion zu bewirken, ist es zur Entstehung der Krankheit notwendig, daß diese Komponente der Kapillarfunktion des befallenen Organismus stark überempfindlich sei. Da Organismen, die auf diese Weise prädisponiert sind, nur sehr vereinzelt auftreten, ist die Pemphigus-Hefepilz-Erkrankung eine noch größere Seltenheit als der Pemphigus vulgaris.

Digitized by Google

Über Ulcus acutum vulvae (Lipschütz-Czapin)

Von

Dr. S. A. Glauberson in Kieff

Mit 3 Abbildungen im Text

Nach Lipschütz' erschöpfender Monographie (1923) und seinem Artikel im Handbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1927, Bd. 21 ersehen wir keine Notwendigkeit, ausführlich auf diese Frage einzugehen. Er erwähnt aber mit keinem Wort unser Land, während er alle anderen, wo die Krankheit in ungefähr 60 Fällen beobachtet wurde, anführt. Da wir erst kürzlich einen Fall beobachtet haben, möchten wir die Aufmerksamkeit auf die russischen Erfahrungen, nämlich auf Dr. Czapins Arbeit (von Lipschütz als Tschapin erwähnt) lenken, die, wenn auch wenig bekannt, größter Beachtung würdig ist. Wie es scheint, hatte Czapin seine Beobachtungen über die „nicht venerischen Krankheiten der (äußeren) weiblichen Genitalia" gleichzeitig mit Lipschütz begonnen, seinen Vortrag aber über diese „neue Form der Erkrankung" hielt er auf der medizinischen Ärztekonferenz des Kalinkinschen Petersburger Spitals als leitender Arzt der venerologischen Abteilung schon am 25. Oktober 1907. Doch veröffentlichte er seine Arbeit „Über die nicht venerischen Ulzera der weiblichen Genitalien" erst 1908 in der Russischen Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 15, S. 211. Ganz selbständig und unabhängig von Lipschütz stellte er das klinische und bakteriologische Bild der Krankheit, das sehr ähnlich Lipschütz' Beobachtungen ist, dar.

Einige Stellen aus Czapins bemerkenswerter Veröffentlichung seien hier wörtlich wiedergegeben.

Er schreibt: „In den letzten 4—5 Jahren, richtete sich meine Aufmerksamkeit auf die manchmal vorkommenden Ulzera der weiblichen Genitalien, die keinem Typus der gewöhnlichen venerischen Krankheiten glichen. Ich habe derlei zwar schon früher gesehen, jetzt aber kommen solche Fälle unzweifelhaft öfter vor."

Von 1906 an begann Czapin einschlägige Beobachtungen zu sammeln und zur Zeit seiner Mitteilung, also innerhalb 21 Monaten, verfügte er über 7 Fälle, in 2 Jahren bereits über 9 Fälle.

Die Krankheit begann 6—9—14 Tage vor dem Eintritt ins Krankenhaus mit Unwohlsein, Fieber, Kopfschmerz und Frösteln (vgl. Monacelli), so daß sich die Kranken nicht auf den Beinen zu halten vermochten und bettlägerig wurden. Die Erscheinungen am Genitale traten erst 6 oder 10 Tage später auf. Mitunter kamen die Kranken zunächst in die innere Abteilung des Krankenhauses und erst nachher in die venerologische mit der Diagnose „Ulcera mollia".

Das Fieber bestand bei 5 von den 7 Kranken noch weiter fort (bei einer Temperatur bis 39,2°). Die Untersuchung der inneren Organe war negativ, das Blut bakteriologisch ohne Befund.

Digitized by Google

Die Entwicklung der pathologischen Erscheinungen ging rasch vor sich, in 3—4 Tagen bildeten sich mehr oder minder ausgedehnte und tiefe Geschwüre. Befallen waren die inneren Flächen der großen (1 Fall) und der kleinen (7 Fälle) Schamlippe, wobei in 2 der letzten 7 Fälle sich die Geschwüre von den kleinen Schamlippen auf die Fossa navicularis ausbreiteten und ein ausgedehntes Geschwür bildeten; in einem Falle saßen die Geschwüre in den Leistenfalten. Was die Anzahl der Geschwüre betrifft, so war je eins an jeder Seite symmetrisch angeordnet und besaß einen Durchmesser von $1^1/_2$—6 cm.

Die Tiefe der Geschwüre war verschieden, gering bei den kleineren, beträchtlich bei den großen Ulzera in der Leiste. Der Rand war scharf, gleichsam abgeschnitten, steil, nicht unterminiert. Der Grund war anfangs von einem grauen mehr oder minder reichlichen Detritus bedeckt, später rosafarben, glatt, mit reinen Granulationen bedeckt.

Abb. 1

Die Umgebung der Ulzera ist gewöhnlich ohne besonderen Befund, nur längs des Randes sieht man einen schmalen rosa Hof. Die Konsistenz der Geschwüre ist eine weiche. Die Lymphdrüsen in der Leiste waren nicht verändert.

Die subjektiven Empfindungen sind verschieden: in der Leistengegend sind die Ulzera ein wenig schmerzhaft, die an den kleinen Labien sind immer sehr schmerzhaft, besonders bei Bespülung mit Urin; so urinierte eine Kranke, um den Schmerzen von den hierbei gereizten Geschwüren zu entgehen, während 24 Stunden nicht. Der Verlauf ist günstig: die Temperatur sinkt allmählich, um am 5.—9. Tage die Norm zu erreichen. Komplikationen wurden nicht beobachtet. Die Therapie besteht in indifferenten Mitteln. Unter 9 Kranken befanden sich 8 Virgines und 1 verheiratete Frau.

Alle Patienten standen im Alter von 15—23 Jahren und waren dem Berufe nach: 3 Fabrikarbeiterinnen, 2 Dienstmädchen, 1 Hausiererin und 1 Hausfrau. Je 2 Fälle kamen im Sommer und Herbst, 4 im Winter und 1 im Frühjahr zur Beobachtung. Der Streptobazillus DUCREY-UNNA war niemals zu finden.

Die in einem Falle ausgeführte Autoinokulation ergab gleichfalls ein negatives Resultat.

Der Verfasser vertritt die Meinung, daß diese Krankheit „eine eigenartige sei und keine Beziehung zu den venerischen Affektionen habe".

Digitized by Google

Die Geschwüre sind als Folge einer sich rasch entwickelnden Nekrose der Kutis und Subkutis zu betrachten.

In 5 untersuchten Fällen waren eigentümliche große Stäbchen nachzuweisen, in 1 Falle waren nur diese Stäbchen ohne irgend welche anderen Bakterien zu finden, in 2 Fällen waren sie in überwiegender Mehrzahl. Viele der genannten großen Stäbchen waren nach CZAPINS Beobachtungen phagozytiert. Er betont die Virulenz dieser Stäbchen, läßt aber die Frage über ihre Bedeutung in der Geschwürsbildung dahingestellt sein.

Die Geschwüre und ihre Beziehung zu dem Fieber betrachtet Verfasser als analog mit den Komplikationen auf den äußeren Genitalien im Laufe des Unterleibstyphus, in der Vermutung, daß diese Veränderungen an den Geschlechtsteilen die Manifestation einer allgemeinen, uns noch unbekannten Infektion darstellt (vgl. MONACELLI 1927).

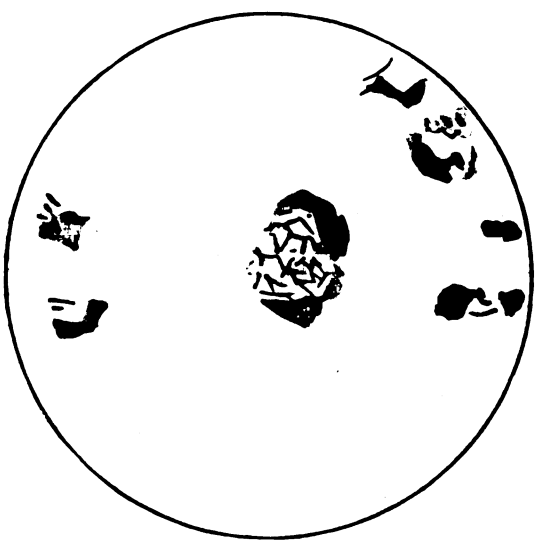


Abb. 2

Nach diesen Ausführungen halten wir uns für berechtigt, die von CZAPIN beschriebene Erkrankung als identisch mit dem Ulcus acutum vulvae LIPSCHÜTZ zu bezeichnen.

Ohne LIPSCHÜTZ' Verdienste in dieser Frage im geringsten schmälern zu wollen, dünkt es uns doch gerecht, bei Benennung dieser Krankheit auch den Namen CZAPINS hinzuzusetzen, die Krankheit also „Ulcus acutum vulvae LIPSCHÜTZ-CZAPIN" zu nennen.

Im Jahre 1927 veröffentlichte UMANSKY in Taschkent 2 Fälle von „Ulcus acutum vulvae" bei einem 14jähr. Mädchen und bei einer 25jähr. verheirateten Frau. In den beiden Fällen war Bac. crassus und außerdem wurden im 2. Falle auch pseudodiphtherische Stäbchen und Bac. fusiformis nachgewiesen. Unter anderem vertritt der Verfasser die Meinung, daß für die Diagnose dieser Krankheit das klinische und nicht das bakteriologische Bild wichtig sei. Doch LIPSCHÜTZ betont (und damit sind wir völlig einverstanden), daß gerade das Vorhandensein von Bac. crassus die Diagnose bekräftigt.

Unser eigener Fall betrifft eine 23jähr. Bäuerin, seit 3 Jahren verheiratet, hat 2 Kinder, zur Zeit keine Menses. Die Krankheit begann 7—8 Tage vor der Untersuchung durch den Gynäkologen unserer Poliklinik Dr. SLONITZKY und mir.

Bei der Untersuchung der Genitalien sieht man (Abb. 1) auf der inneren Fläche der großen und kleinen Labien, längs ihres freien Randes und neben den beiden Komissuren eine Reihe von Geschwüren von fast runder Form mit scharf umrissenen Rändern, stellenweise von einem zartrosa Hof umgeben, mit reichlich graulich-eitrigem Detritus bedeckt, sehr schmerzhaft bei Berührung und beim Harnlassen. Auf der

Digitized by Google

inneren Fläche der linken kleinen Lippe und auf den großen Labien ist die Tiefe eine beträchtliche, die anderen Ulzera sind weniger tief. Die Größe ist die einer kleinen Silbermünze und kleiner, nur an der inneren Fläche der linken kleinen Lippe ist ein ziemlich ausgedehntes Geschwür vorhanden.

Die Basis ist weich. Die Lymphknoten sind nicht verändert. Zunächst wurden der Kranken Umschläge mit Aq. dest. verordnet und nachher wurde das Sekret zur Untersuchung abgenommen. Temperatur beim Eintritt 37,7°. Die mikroskopische Uetersuchung (nach LÖFFLER und GRAM) ergab (Abb. 2) Bac. crassus in Reinkultur, in Haufen, größtenteils intraleukozytär oder auch einzeln extraleukozytär angeordnet (Dr. B. J. KLEIN, Dr. G. S. BARG).

Die Kranke fieberte noch einige Tage, wie aus der Abb. 3 ersichtlich ist, wobei die Temperatur langsam sank und am 9. Tag die Norm erreichte.

Therapie. Abspülungen mit 2% Sol. acid. boric. und Dermapuder.

Am 11. Tage wurde die Patientin geheilt entlassen, an Stelle des Geschwürs an der inneren Fläche der linken kleinen Lippe war noch Rötung vorhanden.

Der von uns untersuchte Gatte ist vollständig gesund.

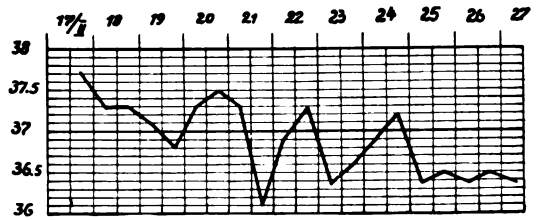


Abb. 3

Zusammengefaßt ergibt sich aus den russischen Fällen von „Ulcus acutum vulvae“:

Beobachter	Zahl der Fälle	Virgines	Frauen	Bazillenbefund
CZAPIN	9	8	1	5
UMANSKY	2	1	1	2
GLAUBERSOHN	1	—	1	1
	12	9	3	8

Literatur

1. CZAPIN, Russky Journal Kojnich i Vener. bol., 1908, Bd. 15, S. 211. — 2. LIPSCHÜTZ, Derm. Stud., 1923, Bd. 25. — 3. LIPSCHÜTZ, Handb. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 21. — 4. MONACELLI, Ann. de mal. vénér., 1927, Nr. 1. — 5. UMANSKY, Russ. Vestnik Derm., 1927, Nr. 10. — 6. CAPPELLI, Giorn. ital. di Derm. e Sif., 1927, H. 2. — 7. ROEDERER und SLOIMOVICI, Ann. de Derm. et de Syph., 1928, Nr. 2.

Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg

Untersuchungen über den Einfluß des negativen Druckes auf die Haut

Von

Primarius Dr. ROMAN v. LESZCZYŃSKI

Jedes mechanische Trauma, welches auf die Haut einwirkt, ist als Effekt eines gewissen Energiequantums aufzufassen. Die Folgen eines Insultes hängen einerseits von der verbrauchten Kraft ab, andererseits von dem Terrain, welches von dem Trauma getroffen wird. Sie umfassen

Digitized by Google

eine weite Skala, von einer unbedeutenden Hyperämie bis zu einem umfangreichen Hämatom. Die Pathologie der traumatischen Hautalterationen ist uns wohlbekannt. Wenn man aber von einem Trauma spricht, wird immer eine von außen auf die Haut wirkende Kraftentwicklung gemeint. Es ist eine wohlbekannte Tatsache, daß die Haut beständig unter einem Luftdruck von etwa 760 mm Hg (= 1 Atmosphärendruck) steht. Wir wissen auch, daß der Luftdruck auf demselben Niveau Schwankungen unterliegt, gegen welche ein gesunder Mensch unempfindlich ist, welche aber bei Kranken, besonders mit reizbarem vegetativem und Kreislaufsystem, manche höchst unangenehme Sensationen verursachen. Wir wissen endlich, daß sich die Luftdruckdifferenzen besonders beim Bergsteigen während der Gebirgsausflüge bemerkbar machen. In viel höherem Grade wird diese Erscheinung beim schnellen Höhenwechsel wahrgenommen, wie dies bei der Luftschiffahrt geschieht. Der Aufschwung der Aërokommunikation hat dieses Problem in der Medizin aktuell gemacht und ein neues Kapitel der Pathologie, das der Höhenpathologie eröffnet. Die bisherigen Beobachtungen betreffen hauptsächlich innere Organe, das Kreislauf- und Nervensystem, die Schleimhäute. Viel weniger Interesse wurde der Haut geschenkt.

So beschloß ich, experimentell zu untersuchen, welchen Einfluß ein „negatives Trauma" auf die Haut entfalten wird, wie sich die Haut verschiedener Individuen dem negativen Drucke gegenüber verhalten wird. Der positive Druck kann nach Belieben auf viele Atmosphären gesteigert werden. Anders ist die Sachlage beim negativen Druck. Hier ist das Maximum mit einem 0 (Vakuum) erreicht. Als Beispiel der Wirkung des negativen Druckes mögen die seit jeher gebrauchten Saugnäpfe dienen. Es entsteht zu Anfang eine Hyperämie, dann eine Transsudation und Ödem, endlich kommt es zum Bersten kleinster Gefäße und Kapillaren und zu einem freien Bluterguß in die Haut und das Unterhautgewebe. Kromeyer fand bei schneller Druckverminderung auf etwa 510 mm Hg an seinem Arm nach wenigen Sekunden bis zu einer Minute zahlreiche Blutungen, die sich mikroskopisch als durch Zerreißung erfolgt erwiesen (Allgemeine Dermatologie, 1896). Ähnliche Erscheinungen werden auch bei der Bierschen Saugbehandlung beobachtet. In meinen Versuchen habe ich ein analoges Verfahren angewendet.

Mittels einer Wasserpumpe habe ich einen negativen Druck erhalten, welcher bis 720 mm Hg anstieg und an einem einfachen Quecksilbermanometer gemessen wurde. Ein von der Wasserpumpe laufender Schlauch wurde durch eine Abzweigung mit dem Manometer, durch eine andere mit einer kleinen Saugglocke von 1 cm Durchmesser verbunden. Sobald diese Saugglocke auf die Haut angesetzt und die Wasserpumpe eingeschaltet wurde, entstand ein negativer Druck, welcher auf die Haut und auf die Quecksilbersäule gleichzeitig eine Saugwirkung ausübte und an einer Millimeterskala direkt abgelesen wurde. Durch einleitende Vorversuche haben wir folgendes festgestellt:

1. Wir haben uns überzeugt, daß die Luftdruckschwankungen, welche an einzelnen Tagen vorkommen, zu gering sind, um den Verlauf der Hautreaktion zu beeinflussen. Sie können daher ohne Nachteil unbeachtet bleiben.

Digitized by Google

2. Es ist nicht gleichgültig, an welcher Hautstelle die Saugglocke angesetzt wird, da verschiedene Hautgegenden verschiedentlich reagieren. Wir haben also zu unseren Beobachtungen die Interskapulargegend gewählt, weil sich dort die Haut am meisten dem Durchschnittstypus für jedes betreffende Individuum nähert, d. h. sie ist weder überempfindlich, wie z. B. an den Beugeflächen, noch unterempfindlich wie die Haut der Hand oder des Gesichts. Wir hielten uns deshalb stets an eine Linie, welche die unteren Winkel der beiden Schulterblätter verbindet.

3. Wir haben weiter bemerkt, daß der Saugeffekt in hohem Grade von der Hautspannung abhängig ist. Wenn nämlich der Kranke in einer nach vorn gebeugten Stellung saß und die Rückenhaut dadurch stärker spannte, dann entstanden beim Saugen die Hautblutungen viel schneller, als wenn er eine gerade Haltung annahm. Wir haben deshalb bei weiteren Experimenten auf diesen Umstand stets geachtet.

4. Als Indikator der Saugwirkung haben wir das Auftreten von punktförmigen Hämorrhagien angenommen. Wir verzeichneten also (in Millimetern) den kleinsten negativen Druck, welcher erforderlich war, um die ersten punktförmigen Blutergüsse in der Haut hervorzurufen. Selbstverständlich mußte nach dem ersten probatorischen Ansaugen in manchen Fällen der Druck gesteigert, in anderen erniedrigt werden.

5. Als 4. Faktor (neben der Hautgegend, der Hautspannung und der Druckhöhe) kam die Saugezeit in Betracht. Nach einer Reihe von Versuchen haben wir 20 Sekunden als Standardzeit für die folgenden Untersuchungen festgesetzt.

6. Als 5. Faktor wirken individuelle, latente oder manifeste Hauteigenschaften und dieses Moment bildete den eigentlichen Gegenstand unserer Untersuchungen.

Die Methodik unserer Untersuchungen gestaltete sich endgültig folgendermaßen: Die Kranke wurde, mit dem Rücken dem Licht zugewendet, in gerader Haltung (s. o.) gesetzt und die am Rande eingefettete Saugglocke an die Rückenhaut (s. o.) angelegt. Wir trachteten möglichst schnell die gewünschte negative Druckhöhe (z. B. 40 cm) zu erreichen. Nach 20 Sekunden (vom Erreichen von 40 cm an gerechnet) wurde das Ventil geöffnet, wodurch der negative Druck auf Null herabfiel und die Saugglocke entfernt werden konnte. Nun kontrollierten wir die Haut, ob Hämorrhagien aufgetreten sind. Waren keine vorhanden, dann wurde der Eingriff an einer benachbarten Stelle wiederholt und der Druck um 50—100 mm erhöht, und zwar so lange, bis erste Blutergüsse sichtbar wurden. Wenn sich dagegen beim ersten Ansaugen zahlreiche Hämorrhagien zeigten, wurde mit dem Drucke herabgestiegen, bis sich als Saugeffekt nach 20 Sekunden nicht mehr als einige (1—10) blutige Pünktchen auffinden ließen. Man mußte sich dabei hüten, die stark durchbluteten Follikel für Extravasate zu nehmen. Im Versuchsprotokoll wurden verzeichnet: 1. Name, 2. Alter, 3. Haarfarbe, 4. Diagnose, 5. Vorhandensein oder Mangel von Krampfadern, 6. Vorhandensein oder Mangel der Cutis marmorata, 7. Verlauf der Dermographie, 8. Druckhöhe, welche zum Erzeugen von ersten Hämorrhagien nötig war, oder Abwesenheit der Reaktion selbst beim maximalen negativen Drucke, 9. be-

Digitized by Google

sondere wahrnehmbare Hauteigenschaften, z. B. wenn die Haut sehr dick oder dünn, sehr weiß oder dunkel war.

Auf diese Weise wurden 300 Kranke (Frauen) geprüft, welche ohne Auswahl der Reihe nach genommen wurden. Wir fanden, daß bei 136 selbst der maximale für uns erreichbare negative Druck (70 bis 72 cm) keine Erscheinungen auf der Haut erzeugte. Bei 164 traten dagegen punktförmige Blutungen in der Haut bei verschieden hohem Druck auf.

Was die Haarfarbe betrifft, waren unter den 136 negativen Fällen: 50 Blonde, 16 Brünette, 60 Kastanienfarbige. Unter den 164 positiven: 77 Blonde, 13 Brünette, 73 Kastanienfarbige, 5 Graue oder Rothaarige.

Was das Alter betrifft, waren im

2.	Dezennium	58	positive,	65	negative	Befunde,
3.	„	54	„	50	„	„
4.	„	31	„	17	„	„
5.	„	9	„	3	„	„
6.	„	8	„	0	„	„
7.	„	4	„	1	„	„

Es läßt sich ein ausgesprochenes Überwiegen von positiven Ergebnissen, eine deutliche Tendenz zu Blutergüssen in den späteren Jahren, ebenso wie bei Kindern (9—13 J.) feststellen. Der mittlere negative Druck, welcher zum Hervorbringen einer positiven Reaktion erforderlich war, weist jedoch in einzelnen Dezennien keine größeren Schwankungen auf (380—410—450—475—520—440).

Krampfadern mittleren Grades und Cutis marmorata hatten keinen deutlichen Einfluß auf den Verlauf der Reaktion. Erst bei hochgradigen Varizen wurde ein leichteres Auftreten von Hämorrhagien getroffen.

Auch mit der Dermographie konnte ein engerer Zusammenhang nicht festgestellt werden. Jedenfalls war die Haut in der Mehrzahl der Fälle mit einer Dermographia alba ziemlich resistent dem Saugtrauma gegenüber.

Unzweifelhaft war dagegen die Abhängigkeit der Phänomene von der Hautdicke. In einer dicken Haut kam es in der Regel zu keinen Blutergüssen selbst bei Anwendung eines maximalen (—) Druckes. Erst wenn die Saugezeit ausgiebig über die normalen 20 Sekunden, manchmal bis zu mehreren Minuten verlängert wurde, kam es zu Extravasaten. Ähnlich verhielten sich die mit Seborrhoea (Kerose nach Darier) behafteten Häute. Die stark pigmentierten, von Geburt aus dunklen Häute waren auch meistenteils resistent. Wir haben endlich sehr weiße, dabei aber dicke Häute getroffen (Gefäßhypoplasie?), bei welchen keine Reaktion zu erzielen war. Wir bekamen dagegen positives Resultat am leichtesten, wenn die Haut dünn, blaß, von einem bläulichen Farbenton war.

Interessant war das Verhalten der Haut bei manchen Krankheiten. Alle mit einer hämorrhagischen Diathese einhergehenden Krankheiten waren selbstverständlich von unseren Forschungen ausgeschlossen, da bei ihnen

Digitized by Google

a priori eine Minderwertigkeit der Gefäße angenommen werden konnte. Wir haben 49 Fälle von Lupus vulgaris gehabt, darunter 22 negative, 27 positive. Bei den letzteren kam es meistenteils zu Blutergüssen schon bei einem geringen Drucke (10—15—20—30 cm Hg). Es ist uns aus den statistischen Zusammenstellungen bekannt, daß der Lup. vulg. verhältnismäßig selten von einer Lungentuberkulose begleitet wird (etwa 14%), öfters finden wir ihn mit Skrophulose vergesellschaftet. Wir finden Erklärung für die verhältnismäßig hohe Zahl der positiven Ergebnisse bei Lupuskranken, wenn wir das Alter dieser Fälle berücksichtigen. Lupusfälle, bei welchen Hämorrhagien aufgetreten sind, waren fast sämtlich jugendliche Individuen. Man könnte daraus den Schluß ziehen, daß die Tuberkulose besonders dann zu einer verminderten Gefäßresistenz führt, wenn das Individuum sehr früh infiziert wurde und der Organismus sich schon unter dem Einflusse dieses Virus entwickelte. Lupus erythematodes wurde 19mal untersucht, 8mal mit negativem und 11mal mit positivem Ergebnisse. Die blutigen Pünktchen traten auch hier schon bei ziemlich geringem Drucke auf. Die verhältnismäßig hohe Zahl der positiven Fälle läßt eine Noxe bei dieser Krankheit vermuten, welche einen schädigenden Einfluß auf die Gefäßwände ausübte (Toxine, Drüsenfermente?). Wir wissen ohnehin, daß eine Tendenz zu Gefäßerweiterungen zum klinischen Bilde des Lupus erythematodes gehört. Bei der Dermatitis herpetiformis haben wir einmal ein negatives, einmal ein positives, doch erst bei 60 cm Hg beobachtet. Dieser Umstand könnte dafür sprechen, daß die Alteration und Ödembereitschaft der Haut nicht mit einer Brüchigkeit der Gefäße einhergehen. Psoriasis vulgaris haben wir 17 Fälle gehabt, und zwar 11 negative und 6 positive. Die merkliche Resistenz der Haut der Psoriatiker ist ohne weiteres verständlich. Wir haben endlich 138 Lueskranke untersucht, und zwar L. I 3 Fälle (1 negativer, 2 positive), L. II 100 Fälle (43 negative, 57 positive), L. III 35 Fälle (7 negative, 28 positive). Es ist aus der Durchmusterung obiger Ergebnisse (nach Ausschaltung der L. I) ersichtlich, daß bereits in der Frühperiode ein Überschuß der positiven Fälle vorliegt, welcher in der Spätperiode geradezu gewaltig wird (1 : 4). Unsere Feststellung stimmt wohl mit der altbekannten Tatsache überein, daß der Luesvirus verderblich auf die Wände der kleinsten Gefäße wirkt. Doch dürfen wir nicht außer acht lassen, daß ein Teil der bei der Frühlues vorkommenden positiven Resultate auch einer mitbestehenden Tuberkulose zuzuschreiben ist. Es war mir nicht möglich, den Einfluß, welchen der Alkohol auf unsere Reaktion ausüben könnte, zu kontrollieren. Ich vermute jedoch, daß der deletäre Einfluß des Alkohols auch auf diesem Wege eine Bestätigung finden würde.

Unsere Untersuchungen über den Einfluß des negativen Druckes auf die Haut haben also ermittelt, daß

1. das durch Saugen verursachte Trauma in erster Linie von physikalischen Faktoren abhängig ist, wie die Höhe des negativen Druckes, die Saugezeit, die Hautspannung;

2. das Alter einen deutlichen Einfluß auf den Reaktionsverlauf hat. Die Kinderhaut ist weniger resistent, ebenso wie die Haut bei einer Gruppe von Individuen im vorgerückten Lebensalter.

Digitized by Google

3. Von entscheidendem Einfluß sind konstitutionelle Momente. Es gibt Individuen mit einer dicken, oft seborrhoischen Haut, welche einen hohen Grad von Widerstandsfähigkeit aufweist.

4. Unter den nach der Geburt schädlich wirkenden Faktoren fiel uns der ungünstige Einfluß auf die Hautgefäße der jugendlichen Tuberkulose und der Spätlues auf.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Zeitschrift für Urologie

1928, Bd. 22, H. 8

Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Blasen- und Nierensteinkrankheit in Dalmatien, von J. Racić. S. 577. Blasenstein und Nierenstein ist in Dalmatien eine ungemein häufige, endemische Erscheinung. In den allerersten Lebensmonaten kommen dort schon Blasensteine zur Operation. Die einseitige und mangelhafte Ernährung ist schuld daran. Die Armen leben von Schwarzbrot, Polenta, Schafkäse, Sauerkraut, geräuchertem Fleisch, gesalzenen Sardellen, essen viel Zwiebeln und Knoblauch, dazu bei den Wohlhabenderen viel Wein und gepfefferte Speisen. Verf. operierte ein ungemein reiches Material aller Sorten von Blasen-, Ureter- und Urethral-, sowie Nierenbecken- und Nierensteinen. Der operative Erfolg war gut, nur verhinderten die in Dalmatien vorliegenden primitiven Verhältnisse eine Nachkontrolle. 24 ausgezeichnete Photographien nach Röntgenaufnahmen sind der Arbeit beigegeben und geben ihr besonderen Wert.

Nephritiden als Folge von Tonsillitis und Appendizitis; Einfluß der Tonsillektomie und Appendektomie auf ihren Verlauf, von S. Werboff. S. 597. Es wird über fünf in der Casperschen Klinik beobachtete Fälle von chronischer Nephritis berichtet bei Kindern zwischen 10 und 15 Jahren, wo die Tonsillektomie ausgeführt wurde. Der Erfolg war gut, die Kinder verloren ihr Eiweiß. Bei der Appendizitis wird demgegenüber mehr die eigentliche Hämaturie beobachtet. Verf. erklärt dies dadurch, daß bei der Appendizitis in der Regel Koliinfektion vorliegt, während die chronische Tonsillitis staphylogener Art zu sein pflegt. Daher bei Appendizitis meist die hämorrhagische Nephritis, bei der Tonsillitis die anderen Nephritisformen. Es ist daher erforderlich, wiederholte, eingehende Harnuntersuchungen vorzunehmen bei Kindern und Erwachsenen, die an rezidivierender Angina oder an akuter und subakuter Appendizitis leiden. Man muß dabei stets an metastatische Nierenerkrankungen denken und insbesondere bei sonst nicht erklärlicher Hämaturie auf Appendizitis achten. Tonsillektomie und Appendektomie sind erforderlichenfalls auszuführen und bringen in der Mehrzahl der Fälle Ausheilung.

Bemerkungen zur Prostatektomie, von P. Janssen. S. 612. Das Karzinom der Prostata macht vor dem klinischen Sichtbarwerden meist so frühzeitige inoperable Metastasen, daß die Prostatektomie bei ihm die denkbar schlechteste Prognose hat. Das eigentliche Feld der Prostatektomie, die nach gehöriger Vorbereitung und suprapubischer Ausführung ausgezeichnete Resultate ergibt, ist vielmehr die Prostatahypertrophie. Die Operation muß aber in frühem Stadium gemacht werden. Ein Restharn von 80 bis 100 ccm verlangt schon die Operation. Es kommt alles darauf an, die Schädigung der Blase und der aufsteigenden Harnwege zu vermeiden. Dann sind nach der Prostatektomie die Operierten die dankbarsten Patienten, die infolge der inneren Einwirkungen auf den Gesamtorganismus infolge der Elimination der Prostata zudem doppelt verjüngt erscheinen. Verf. weist andererseits auf die schweren, jedoch immer vorübergehenden psychischen Störungen im Anschluß an die Prostatektomie hin, welche in Zusammenhang zu bringen sind mit Störungen des Gleichgewichtszustandes der inneren Drüsen.

Über karzinomähnliche Erkrankungen des Penis, von Majanz-Moskau. S. 620. Die Diagnose des Peniskarzinoms ist selbst in Fällen, wo alles für die Diagnose zu

Digitized by Google

sprechen scheint, mit großer Vorsicht zu stellen. Die rechtzeitige Differenzierung einer gutartigen Geschwulst von einem Karzinom ist ebenso schwierig wie unerläßlich. Scheinbar ganz sichere Karzinomfälle wurden schon unnötig radikal operiert und umgekehrt. Die histologische Untersuchung muß auf einer ganzen Reihe von Schnitten durchgeführt werden. Es scheint ein biologischer Zusammenhang zu bestehen zwischen den gutartigen und bösartigen Epithelgeschwülsten am Penis, das eigentliche auslösende Moment für das expansive und atypische Wachstum ist uns völlig unbekannt und gemahnt zur allergrößten Vorsicht. H. Lippert-Köln.

Archives of Dermatology and Syphilology

1928, Bd. 18, Nr. 1

Bonomo's Letter to Redi: An Important Document in the History of Skabies (Bonomos Brief an Redi: ein wichtiges Dokument in der Geschichte der Skabies), von J. E. Laue. S. 1. Trotzdem der Streit um den ersten Entdecker der Krätzemilbe noch nicht beendet ist, wird doch im allgemeinen angenommen, daß der Brief Bonomos an Redi aus dem Jahre 1687 die erste genaue Beschreibung und Zeichnung der Milbe gibt. Verf. bringt dieses interessante Dokument in seiner Urschrift zum Abdruck.

Impetigo or Pyodermatitis Neonatorum (Impetigo oder Furunkulose der Neugeborenen), von Ch. B. Reed. S. 26. Verf. berichtet über 9 Fälle von kongenitaler Impetigo. Die Mutter eines Kindes, das mit Impetigopusteln am Skrotum geboren wurde, hatte 4 Wochen vor der Geburt eine Angina durchgemacht. In den Pusteln ließ sich als Erreger Streptococcus haemolyt. nachweisen. Alle Vorsichtsmaßregeln in der Umgebung des Neugeborenen: Reinigung sämtlicher Gegenstände, Sauberhaltung der Brust, vermögen die Verbreitung der Impetigo nicht aufzuhalten; nur durch Vakzination ließen sich überraschende Erfolge erzielen. Zur Verhinderung der kongenitalen Impetigo muß der Widerstand der Mutter und des Kindes gegen Infektionen gehoben werden.

Microchemical Studies of Arsenic in Arsenical Dermatitis (Mikrochemische Studien über Arsen bei Arsendermatitis), von E. D. Osborne. S. 37. Bei 18 Patienten, die nach Arsphenamin eine Dermatitis bekamen, fand sich das As bei mikrochemischem Nachweis nicht in der Epidermis und im subpapillären Teil des Koriums, sondern tief im Korium um die Kapillaren, Schweiß- und Talgdrüsen gelagert. Dieselbe Lagerung des As fand sich, wenn auch in geringerer Menge, in der Haut von salvarsanbehandelten Patienten, die keine Dermatitis hatten. In 3 Fällen von Dermatitis wurde vor und nach Natriumthiosulfatinjektionen untersucht. Nach der 6. Injektion war der As-Gehalt der Haut auffallend geringer geworden. In zwei schweren Fällen von Dermatitis war dies nicht der Fall. Das As war nach der ersten Arsphenamininjektion nach 24 Stunden nachweisbar; das As war stets inter-, nie intrazellulär gelagert. Nach 5wertiger As-Aufnahme war das As besonders in der Epidermis, um Schweiß- und Talgdrüsen, weniger um die Kapillaren gelagert. Aus der verschiedenen Lagerung des 3- und 5wertigen Arsens schließt Verf.: 5wertiges As ruft Pigmentierung, milde Dermatitis und Optikusatrophie, 3wertiges As schwere Dermatitis, hämorrhagische Enzephalitis und Purpura hervor.

Chronic Paronychia (Chronische Paronychie), von J. H. Swartz. S. 74. In 12 von 13 Fällen mit chronischer Paronychie konnte Verf. in der Nagelsubstanz Pilze der Moniliagruppe nachweisen.

Basal Squamous Cell Epithelioma (Basaler Stachelzellenkrebs), von H. Montgomery. S. 50. Unter dieser Bezeichnung versteht Verf. eine Übergangsform zwischen Bazalzellenkrebs und Stachelzellenkrebs. Diese Übergangsform, deren Prognose ernst ist, kam in 12,6% bei 119 Fällen vor. Von Fällen, die klinisch als Basalzellenkrebs diagnostiziert werden, sind 15—20% solche Übergangsformen. Das mikroskopische Bild ist charakteristisch, kann aber ohne sehr sorgfältige Färbung leicht mit dem malignen Stachelzellenkrebs verwechselt werden. Röntgentherapie vermag die Entwicklung der Übergangsform zu begünstigen. Die Metastasen können dem Primärtumor gleichartig sein oder als Stachelzellenkrebs auftreten. Verf. hält Exzision weit im Gesunden für die beste Therapie. Rezidive sind häufig.

Congenital Syphilis (Kongenitale Syphilis), von R. H. Mc Bride. S. 79. Verf. beobachtete in den letzten 10 Jahren 192 Fälle kongenitaler Syphilis in einem ländlichen Bezirk. Mit Ausnahme der Neurosyphilis sind nach Verf. alle Fälle heilbar. Ein

Digitized by Google

Teil der Neurosyphilitiker kann sehr gut beeinflußt werden. Nur kindliche Paralyse ist völlig aussichtslos. Nach Sulfarsphenamin trat sehr häufig eine Dermatitis auf. Intensive Behandlung mit kurzem Intervall ist wirksamer als Behandlung mit langem Intervall. Verf. gibt am ersten Tag Salvarsan (20—25 mg pro Kilogramm Körpergewicht) und Wismut, am 3. Tag Salvarsan, am 5. Tag Salvarsan und Wismut; diese Serie wiederholt er 6—58mal, wobei sich die Behandlung über Jahre hinaus erstreckt.

Lymphatic Leukemia of the Skin with Universal Exfoliating Erythroderma (Lymphatische Leukämie der Haut mit universeller exfoliativer Erythrodermie), von W. P. Boardman. S. 86. Bericht über einen Fall; Röntgentherapie ist von zweifelhaftem Erfolg und nur unter dauernder Kontrolle des Blutbildes zu verabfolgen.

Treatment of Microsporon Infection of the Scalp (Behandlung der Mikrosporie des Kopfes), von E. P. Lieberthal. S. 97. Die Haare werden kurz geschnitten gehalten; jeden 2. Tag wird eine 5%ige wäßrige Lösung von Merkurochrome 220 auf und um die Infektionsherde gepinselt; daneben 2mal täglich Waschen mit Wasser und Seife und Auftragen von 10%iger Präzipitatsalbe. Bericht über 6 Fälle mit günstigem Erfolg. Weiterer Bericht folgt.

Asymptomatic Neurosyphilis (Symptomlose Neurosyphilis), von J. E. Moore. S. 99. Neurosyphilis ist nichts Seltenes im syphilitischen Früh- und Spätstadium. Auf Grund des Lumbalpunktats lassen sich drei Gruppen unterscheiden: 1. Patienten mit geringen serologischen Veränderungen; 2. Patienten mit völlig verändertem Befund (Paralysekurven); 3. Patienten, die zwischen Gruppe 1 und 2 stehen. Liquorveränderungen finden sich bei seronegativer Primärlues in 9,2%, bei seropositiver Primärlues in 23,4%, bei früher Sekundärlues in 20,2%, bei Spätsyphilis jeder Form in 13.5%. Die Liquorveränderungen sind bei frühsyphilitischen Frauen und Männern die gleichen; bei Negern wesentlich geringer als bei Weißen. Bei Spätsyphilis sind Neger und Frauen beider Rassen weniger befallen als Männer weißer Rasse. Bei unregelmäßig Behandelten ist die Neurosyphilis dreimal so häufg wie bei regelmäßig Behandelten. Eine dauernd positive WR im gutbehandelten Frühstadium ist nach Verf. verdächtig auf bestehende symptomlose Neurosyphilis. Eine dauernde Kontrolle des Liquors ist bei jedem Syphilitiker unerläßlich und heutzutage dem Dermatologen eine Selbstverständlichkeit.

Irradiation of the Thymus Gland in the Treatment of Psoriasis (Thymusbestrahlungen zur Behandlung der Psoriasis), von R. C. Jamieson. S. 109. Von 50 bestrahlten und mit Thymusextrakt gefütterten Fällen wurden 2 völlig geheilt, 5—10% erheblich gebessert, 34% vorübergehend gebessert, 56% blieben unbeeinflußt und 1 Fall verschlechterte sich. Alle bisherigen Berichte über diese Behandlungsart teilen Rezidive bei fast allen Patienten mit. Nach Verf. war Bestrahlung ohne Gabe von Thymusextrakt stets erfolglos. Die angewandte Therapie ist eine unter den vielen Behandlungsmethoden der Psoriasis.

Ringworm of the Scalp (Mikrosporie des Kopfes), von C. A. Earle. S. 119. Earle berichtet über sehr günstige Erfolge mit Thalliumazetat. Von 26 Kindern wurden 24 geheilt. 8 von den 26 hatten mehr oder weniger heftige Schmerzen in den Knie- und Fußgelenken; mehrere Kinder bekamen eine Konjunktivitis; eine Lebensgefahr trat nie auf.

Allergic Dermatoses (Allergische Hauterkrankungen), von H. H. Hazen. S. 121. Verf. bringt eine sehr fleißige Zusammenstellung aller allergischen Hauterkrankungen und deren verschiedene Ursache. Von 320 Fällen wurde in 129 Fällen die Ursache nicht gefunden.

The Use of Ephedrine in Controlling Reactions to Arsphenamine (Die Anwendung des Ephedrins zur Kontrolle von Arsphenaminreaktionen), von J. H. Stokes und M. C. Mrintyre. S. 131. Ephedrin, gewonnen aus der chinesischen Pflanze Ma Huang, hat hauptsächlich Eigenschaften des Suprarenins. Verf. wandte es an, um unangenehme Arsphenaminwirkungen (Nausea, Kopfschmerzen usw.) zu beseitigen. In 57,5% der Fälle erfüllte sich diese Erwartung. Nach Arsphenamininjektion ist Blutdrucksenkung beobachtet; das Ephedrin ist imstande, die Senkung auszugleichen. Husten und Erstickungsgefühl nach Arsphenamin vermag das Ephedrin infolge seiner lösenden Wirkung auf die Bronchialmuskulatur wirksam zu bekämpfen.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Bd. 21, Nr. 10

Section of Dermatology

Sitzung vom 17. Mai 1928

H. W. Barber: **Morphoea with Boot Distribution** (Morphoea mit nervenwurzelmäßiger Verteilung). S. 1707. Von der 3 Jahre zurückliegenden Erkrankung ist eine bläulichbraune Verfärbung zurückgeblieben, wie man sie nach Morphoeaflecken häufig findet. Sie folgt an der linken Seite der Brust einer den unteren Interkostalräumen entsprechenden Linie. Die ergriffene Haut ist zwar nicht skleromatös, doch scheinen derartige Veränderungen zu einer früheren Zeit vorhanden gewesen zu sein.

H. W. Barber: **Case of Streptothrix Infection (previously shown)** (Fall von Streptothrixinfektion [schon früher vorgestellt]). S. 1708. Der in der Sitzung vom 15. Dezember 1927 (Ref. d. Wschr., 1928, Bd. 86, S. 682) zur Diagnose vorgestellte Fall hat sich, wie schon in der damaligen Besprechung vermutet wurde, tatsächlich als eine Streptothrixinfektion erwiesen. Nachdem sich der Zustand des Kranken immer mehr verschlechtert hatte und eine Amputation des Fußes bereits unvermeidlich erschien, wurde durch große Dosen französischer Jodtinktur Heilung erzielt, während Jodkali vorher keinen wesentlichen Einfluß gehabt hatte.

S. E. Dore: **I. Leuconychia with Dysidrosis; II. Leuconychia** (I. Leukonychie mit Dysidrosis; II. Leukonychie). S. 1708. Beide Fälle betreffen Fleischer, bei denen die Affektionen auch sonst schon beobachtet worden sind, so daß man an eine berufliche Schädigung denken kann. Andererseits ist das Vorliegen eines familiären und kongenitalen Zustandes in Betracht zu ziehen.

J. M. H. Mac Leod: **Parakeratosis Variegata or Parapsoriasis Lichénoïde (Brocq)** (Parakeratosis variegata oder Parapsoriasis lichenoides [Brocq]). S. 1709. Unregelmäßige makulöse oder makulös-papulöse Effloreszenzen von Stecknadelkopfgröße mit Neigung zu konfluieren und ein gesunde Haut einschließendes Netzwerk zu bilden. Geringes Schuppen oder atrophisches Aussehen der Papeln. Akutes gleichzeitiges Auftreten an Rumpf, Armen, Beinen, geringgradig im Gesicht und an den Handrücken.

E. G. Graham Little: **Erythematoid Benign Epithelioma** (Erythematoides benignes Epitheliom). S. 1710. Von drei am Rücken befindlichen Basalzellenepitheliomen von flachem, erythematösem Typus ist das eine maligne karzinomatös degeneriert, während die beiden anderen sich mehr oder weniger involviert haben. Eine derartige Umwandlung ist selten.

H. Mac Cormac: **Papulo-vesicular Eruption with Secondary Streptothrix Invasion** (Papulo-vesikulöse Eruption mit sekundärer Streptothrixinvasion). S. 1712. Die Eruption fand sich wesentlich an den Streckseiten der Unterarme bei einem Stallknecht, dessen eines Pferd kurz zuvor an infektiöser Purpura zugrunde gegangen war. Aus den Bläschen wurde eine Reinkultur von Streptothrix gewonnen, doch handelt es sich dabei wohl um eine sekundäre, von dem Futter herstammende Invasion, da die Affektion sich unter indifferenter Behandlung schnell besserte.

R. T. Brain: **Lupus annularis.** S. 1713. Auf Stirn und Nase sieben ringförmige Effloreszenzen mit blasserem, leicht narbigem Zentrum, erhabenem rötlichbraunem Rande mit transparenten Knötchen, die histologisch tuberkuloiden Bau zeigten; Untersuchung auf Tuberkelbazillen negativ. In der Besprechung wird die Erkrankung eher als eigenartige Form eines Sarkoids bezeichnet.

J. E. M. Wigley: **Case of Hyperkeratosis palmaris et plantaris associated with Ring-like Constriction of the Fingers** (Fall von Hyperkeratosis palmaris und plantaris mit ringförmiger Einschnürung der Finger). S. 1715. Neben Hyperkeratose an Handflächen, Fußsohlen, Volarfläche der Finger, rechtem Knie findet sich an der Mittelphalanx beider kleiner Finger ein einschnürendes fibröses Band, das links zu fast völliger Amputation geführt hat; röntgenologisch Atrophie der Phalangen. Die Hyperkeratosen sind im 3. Lebensmonat, die Einschnürungen im 7. Jahre des jetzt 10jährigen Kindes aufgetreten.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

Juli 1928, Bd. 9, Nr. 7

Allergie et superinfection dans la syphilis (Allergie und Superinfektion bei Syphilis), von E. Bizzozero und J. Bernucci, Hautkl. Turin. S. 553. Studien über Allergie bei Syphilis. Verff. injizierten $^1/_{20}$ ccm Extrakt intradermal, der durch Anlegen von Schröpfköpfen an sekundär-syphilitische Effloreszenzen erhalten wurde. Als Kontrollen wurden Injektionen mit gleichem Serum gemacht, das 2 Stunden bei 58° erhitzt oder abwechselnd bei 58° und bei 0° oder nur 2 Stunden bei 48° gehalten wurde. Als weitere Kontrollen wurden Inokulationen angelegt, die mit Flüssigkeit aus Ziehpflastern und Kohlensäureschneeblasen von demselben syphilitischen Individuum stammten und auch von gesunden Menschen. Nach Versuchen an 106 Pat. fanden Verff., daß die allergische Reaktion sich im allgemeinen nach 14—16 Stunden zeigt. Bei primärer Lues erscheint sie in 78% der Fälle in Form erythematöser Flecke oder in Gestalt ausgesprochener Papeln. Die Reaktion findet sich bei Lues II in 73%, bei Lues latens in 100%. Am stärksten ist die allergische Reaktion bei tertiärer Lues, wo sie nach 14—16 Stunden in Form einer Papel oder eines Knotens erscheint. Außerdem wurde die Reaktion bei 3 Paralytikern als leicht infiltriertes Erythem, das bei 2 Fällen 3 Tage anhielt und von 6 Tabesfällen bei 5 Tabikern beobachtet in Gestalt einer Papel. Kontrollversuche mit Pferdeserum und Tuberkulin ergaben, daß die durch frisches Spirochätenexsudat hervorgerufene Reaktion spezifisch ist, d. h., daß sie ihre Entstehung der Anwesenheit von Spirochäten und nicht von unspezifischen Proteinen verdankt. Die allergische Reaktion erlischt entweder nach 1—3 Tagen endgültig oder läuft in zwei Phasen ab, die durch eine totale oder partielle Latenzperiode getrennt ist. Die erste Phase ist durch eine sofort auftretende vorübergehende Veränderung, die zweite durch eine spezifische Veränderung charakterisiert. In der Tertiärperiode ist die allergische Reaktion von besonderer Intensität, zeigt tagelang keine Neigung zur Rückbildung, sondern wächst an Ausdehnung in Fläche und Tiefe. Die Veränderungen werden nur durch lebende Spirochäten hervorgerufen, also nicht durch spezifisches avirulentes Material oder durch harmlose Keime. Es sind wahre Reinfektionsveränderungen. Die Inkubationsperiode der Reaktion scheint sich in dem Maße zu verkürzen, je länger man sich vom primären Stadium entfernt, um fast auf den Nullpunkt in der Tertiärperiode zu kommen. Der Charakter der Veränderungen ist im allgemeinen der gleiche, in welchem Stadium sich das inokulierte Individuum befindet. Bei der Inokulation desselben Syphilitikers mit frischem Exsudat verschiedener Herkunft können Veränderungen völlig verschiedenen Aussehens entstehen, was durch verschieden große Anzahl der in den Exsudaten enthaltenen Spirochäten oder durch wechselnde Virulität der Spirochätenstämme zu erklären ist. Außerdem spielen individuelle und lokale Faktoren eine Rolle. In einem großen Teil aller Fälle entsteht und läuft die Inokulationsläsion am Orte der Inokulation selbst ab; in einem Teil der Fälle überschreitet die Läsion die ursprünglichen Grenzen, die zugehörigen Drüsen können befallen werden; es kann sogar eine Allgemeinausbreitung des Virus in Gestalt sekundär-syphilitischer Erscheinungen stattfinden. Möglicherweise besteht bei der Superinfektion eine Allgemeinausbreitung des Virus im Organismus öfter als angenommen wird; das Fehlen diffuser Hauterscheinungen hängt von einer partiellen erworbenen Hautimmunität ab. (1 Abbildung.)

Le diagnostic sérologique de la syphilis chez les lépreux (Die serologische Syphilisdiagnose bei Leprösen), von J. Margarot und P. Deveze-Montpellier. S. 576. Verff. prüften bei 10 Leprösen die WR mit drei verschiedenen Antigenen (einem Antigen vom Institut Pasteur-Paris, einem alkoholischen Kalbsherzextrakt und einem alkoholischen kongenital-syphilitischen Leberextrakt) nach der Aktiv- und Inaktivmethode. Sie kommen zu folgenden Schlüssen: Syphilis ist bei einem Leprösen wahrscheinlich, wenn die serologischen Reaktionen mit verschiedenen Antigenen gleich stark ausfallen. Bei der tuberösen Lepraform kann Syphilis ausgeschlossen werden, wenn die antisyphilitische Behandlung ohne Einfluß auf die Reaktion bleibt, oder wenn die serologischen Reaktionen Veränderungen zeigen, die zu akuten Lepraschüben in Beziehung stehen. Lues kann gleichfalls ausgeschlossen werden, wenn bei Anwendung verschiedener Antigene sich starke Abweichungen ergeben, d. h. wenn ein oder zwei Reaktionen stark positiv, andere schwach positiv oder negativ ausfallen.

Sur un cas de dermatite papulo-kératosique scorbutique (Ein Fall von papulokeratotischer Skorbutdermatitis), von S. Theodorescou, Hautklinik Bukarest. S. 581. Beobachtung eines Falles von papulo-keratotischer Skorbutdermatitis, die Anlaß zur Fest-

Digitized by Google

stellung einer „Forme fruste" von Skorbut war. Nicolau hat darauf hingewiesen, daß diese Dermatitis manchmal ein wichtiges Symptom für einen beginnenden Skorbut ist, ehe sich sonst Erscheinungen dieser Avitaminose finden. — Bei einem Kranken besteht am ganzen Körper ein Exanthem, das durch follikuläre und perifollikuläre Veränderungen charakterisiert ist. Das Gesicht ist übersät mit follikulär sitzenden Papeln von rötlichem Aussehen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße. Auf dem Rumpf sind ähnliche Papeln zu sehen, die aber im Zentrum einen kleinen Horndeckel zeigen. An den unteren Extremitäten sind die Effloreszenzen größer und mit dicken Schuppen bedeckt. Während sie auf dem übrigen Körper mehr einzeln stehen, sind sie hier in Gruppen von 4—5 Papeln vereinigt und braunschwarz verfärbt. Histologische Untersuchung: Zystisch erweiterte Haarfollikel, das Innere ist mit einer Hornmasse erfüllt. Verdicktes Stratum granulosum, Akanthose. In der Kutis Rundzelleninfiltration. — Durch Zuführung frischer Gemüse und Früchte (besonders Zitronensaft) und Injektionen von Natrium cacodylicum rasche Besserung; das Exanthem verschwindet so ohne jede lokale Behandlung. (2 Abbildungen.)

Syphilome tertiaire chancriforme apparu 17 ans après le chancre au cours d'un traitement hydrargyro-bismuthique (Tertiäres chankriformes Syphilom, das 17 Jahre nach dem Schanker während einer Hg-Bi-Behandlung auftrat), von P. Giacardy-Tarbes. S. 589. 40jähr. Patient, 1911: P.-A. penis, Reseola und Plaques muqueuses oris, blieb ohne Behandlung. Januar 1926: Nachlassen der Sehkraft und des Gedächtnisses. Bei der Untersuchung fällt langsames Sprechen auf. Patellarreflexe etwas gesteigert. Am Penis fünfzigcentimestückgroße Schankernarbe, harte, indolente, erbsengroße bewegliche Leistendrüsen. Blut- und Liquoruntersuchung wird vom Kranken verweigert. Sofortige Behandlung mit 15 Injektionen von täglich 1 cg Hydrarg. oxycyanat.; danach Besserung des Visus. Darauf 5 Jod-Chinin-Wismutinjektionen. Bei der 5. Einspritzung bemerkt der Pat. an der Stelle des früheren Schankers ein indolentes, rundes induriertes fünfzigcentimestückgroßes Ulkus mit etwas aufgeworfenen Rändern. Leichtes Nässen des Ulkus; Spirochaeta pallida nicht nachzuweisen. Verf. glaubt, daß es sich um ein tertiäres chankriformes Syphilom (Fournier) handelt. Nach 12 Quinby-Injektionen war das Ulkus vernarbt. Der Fall spricht für die Richtigkeit der Milianschen Ansicht über die Lebensfähigkeit der Spirochaeta pallida in Schankernarben bei nicht oder ungenügend behandelten Syphilitikern (worauf E. Hoffmann u. a. auch mehrfach nachdrücklich hingewiesen haben. Ref.).

Ligue nationale française contre le péril vénérien (Nationale französische Liga zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten). Kongreß in Nancy vom 29.—31. Mai 1928. S. 592. Der Kongreß begann in Nancy am 29. Mai 1928 unter dem Vorsitz von A. Magre, Präfekt des Departement Meurthe-et-Moselle, Dr. Queyrat, Vorsitzender der Liga, und Prof. L. Spillmann, Dekan der medizinischen Fakultät Nancy. 19 Nationen hatten Vertreter entsandt. Alle ausländischen Gesellschaften, die sich mit der Bekämpfung der venerischen Krankheiten befassen, waren vertreten. Die Hauptthemata waren: 1. Statistische Erhebungen über die Syphilis; Hauptreferenten: Dekeyser-Brüssel und Cavaillon-Paris. Die Syphilis hat im großen und ganzen in allen Ländern stark abgenommen; in Belgien beträgt der Rückgang $^5/_6$. Hier und da zeitweise Zunahme der Neuansteckungen. 2. Öffentliche Erziehung; Referenten: Du Bois-Genf, Neville-Rolfe-London, Montreuil-Strauss-Paris, Viborel-Paris. Der Gefahr der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ist durch weitgehendste Aufklärung der Jugend durch belehrende Vorträge entgegenzutreten. In der Schule soll auf den Unterricht der allgemeinen Biologie mehr Wert gelegt werden als bisher. 3. Das antisyphilitische Ambulatorium; Referenten: Archambault und Desloges-Montréal, Spillmann und Parisot-Nancy, Margarot-Montpellier. Es sollen überall Zentralstellen geschaffen werden, wo einwandfreie Untersuchung stattfinden kann und dadurch auch sofortiger Behandlungsbeginn. Diese Behandlung soll sich aber nur auf Unbemittelte erstrecken. 4. Bekämpfung der Lues congenita; Referenten: Ehlers-Kopenhagen, Couvelaire-Paris, Fruhinsholz-Nancy. Ehlers gibt die Ergebnisse der Bekämpfung der Lues congenita bekannt. Von 100 Kindern, die die Anstalt verließen, sind 22 gestorben. Von den 78 übrigen Kindern entwickelten sich 37 normal, 28 sind zurückgeblieben, 13 blieben schwachsinnig. Die systematische Behandlung der syphilitischen Schwangeren in Dänemark drückte die kindliche Mortalität von 11‰ im Jahre 1900 auf 1,8‰ im Jahre 1925. Fruhinsholz weist auf die Wichtigkeit der Belehrung der Ärzte und der Hebammen hin. (Das von Jadassohn gehaltene Referat „über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Behandlung" ist in dieser Arbeit nicht aufgeführt. Ref.) A. Holländer-Bielefeld.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 17, 2. Teil: Syphilis und Auge, von J. Igersheimer-Frankfurt a. M. 2. Auflage. Verlag J. Springer, Berlin 1928. Preis RM. 92.—, geb. RM. 98.—. Die bekannte und sehr geschätzte Monographie Igersheimers ist diesmal in zweiter Auflage als eigener Band des Handbuches der Haut- und Geschlechtskrankheiten erschienen. Es hat daher der Verf. den allgemeinen Teil (die Syphilisinfektion, die modernen Methoden der Syphilisdiagnostik, experimentelle Syphilis, angeborene Syphilis, Therapie) etwas kürzer gehalten, weil die betreffenden Abschnitte größtenteils in anderen Bänden des Handbuches eingehend besprochen werden; gleichwohl werden diese Kapitel in klarer und vollständiger Weise abgehandelt und auch die neuesten hierhergehörigen Ergebnisse angeführt und kritisch gewürdigt. Der spezielle Teil, der die Manifestationen der Syphilis in den einzelnen Geweben des Augapfels und seiner Adnexe sowie auch die syphilitischen Erkrankungen der Augennerven einschließlich der zerebralen Teile der Sehbahn enthält und dem ein Schlußkapitel „Syphilis und Blindheit" angefügt ist, erweist sich als ein Meisterwerk erschöpfender, die gesamte ungeheure Literatur umfassender Darstellung, die in anregender Form nicht einfach die verschiedenen Tatsachen, Theorien und Hypothesen aneinanderreiht, sondern dieselben auch ganz objektiv an der Hand von Krankengeschichten diskutiert und kritisiert. Besonders zu erwähnen sind die Kapitel, welche die Keratitis parenchymatosa und die tabische Optikusatrophie betreffen, in denen die wichtigen und mühevollen experimentellen und histologischen Arbeiten des Verf. berücksichtigt sind, welche in die Zeit nach dem Erscheinen der ersten Auflage fallen und wesentliche Fortschritte in die Auffassung dieser Erkrankungen gebracht haben. Nicht vergessen seien auch die zahlreichen schwarzweißen und farbigen Abbildungen, welche wie die ganze übrige Ausstattung das Werkes dem Verlage zur Ehre gereichen. Es kann somit Igersheimers „Syphilis und Auge" als ein Standardwerk der medizinischen Literatur im wahrsten Sinne des Wortes bezeichnet werden, das nicht nur für jeden Augenarzt, sondern auch für die Syphilidologen und Neurologen eine unentbehrliche, unerschöpfliche Fundgrube darstellt. V. Hanke-Wien.

Mitteilungen aus der Literatur

Blennorrhoe

c. Therapie

La vaccination régionale. Son application au traitement des métrites (Die regionäre Impfung. Ihre Anwendung bei der Behandlung der Metritis), von P. Poincloux und Weissmann. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 23, S. 374—376.) Die regionäre Impfung setzt an der Eingangspforte des pathogenen Mikroben ein, worauf ihre besondere Wirksamkeit beruht. Behandelt wurden mehr als 60 Frauen mit einfacher oder durch Endometritis, Parametritis, Salpingitis komplizierter zervikaler Metritis. Es muß der bzw. die pathogenen Keime festgestellt werden und durch unter Umständen wiederholte Einspritzungen die Stelle, die als Eingangspforte in Betracht kommt und von der aus allein die Impfung wirksam ist. Die auf diese Weise erzielten Erfolge waren günstige. E. Levin-Berlin.

La vaccination régionale. Applications divers (Die regionäre Impfung. Verschiedene Anwendungen), von P. Poincloux. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 24, S. 469—471.) Die Methode der regionären Impfung an der Eingangspforte des pathogenen Keimes, mit der bereits gute Erfolge bei Metritis und Salpingitis berichtet worden sind, bewährte sich weiter bei zwei Fällen von Tripper bei Männern in Form von Einspritzungen in die Harnröhrenschleimhaut, wobei es zu starken allgemeinen, keinen örtlichen Reaktionen kam. Ferner in einem Falle von blennorrhoischem Gelenkrheumatismus bei einem jungen Mädchen durch Einspritzungen in die Skeneschen Gänge, die bei Frauen als Eingangspforte große Bedeutung haben. Die Methode verdient auch bei anderen bakteriellen Krankheiten in Betracht gezogen zu werden.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Richtlinien zur Behandlung des weiblichen Trippers und seiner Folgen, von C. Bucura-Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 30, S. 987.) Erster Teil eines allgemein gehaltenen Aufsatzes über das vorliegende Gebiet, ohne für den Facharzt Neues zu bieten.
E. Langer-Berlin.

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, von O. Lang, Univ.-Frauenkl. Tübingen. (Ther. d. Gegenw., 1928, Nr. 3, S. 115 und Nr. 4, S. 166.) Bei diesem Überblick über die neuzeitlichen Behandlungsmethoden u. a. der weiblichen Blennorrhoe weist Verf. auf die Loesersche Injektion von Gonokokkenstämmen von Frauen hin, die lange Zeit vergeblich mit Vakzine behandelt worden waren. Unter den neuen Silbersalzen sei das farblose Transargan erwähnt, das in die Tiefe wirkt und in gewöhnlichem Wasser zu lösen ist, von den intrauterinen Mitteln das Trypaflavin (0.5—5%ig) und Ichthyol pur., zervikal das Pellidol als epithelregenerierendes Mittel („das neugebildete Epithel soll gegen Gonokokken immun sein!"). Bei subakuten oder mehr chronischen Fällen der Adnexblennorrhoe und besonders bei starken Menorrhoen erzielte Verf. mit Röntgenstrahlen die besten Erfolge. Sog. Entzündungsdosis: 8—20% der HED als Tiefendosis bei 3 mm Al oder 0,5 mm Zn; $^1/_3$—$^1/_2$ HED auf die Haut als Kleinfeld oder als Groß- und Fernfeld $^1/_8$ HED bei 50 cm Abstand und Zinkfilter. Eventuell Wiederholung in 2—4 Wochen. (Absetzen von Wärmebehandlung nach Röntgen wegen Gefahr der Hautspätschädigung!) Operationen kommen nur in Frage, wo Sterilität durch Tubenverschluß eingetreten ist (Salpingoneostomie, Stomatoplastik, Implantation der Ovarien in Uterus). Bei Blennorrhoe der Graviden wird zur Vorsicht bei der Behandlung gemahnt: milde Spülungen der Vagina; Zervixbehandlung: am besten keine oder mit Schwarzsalbe. Vermeidung von Untersuchungen während der Geburt, Bettruhe mindestens zwei Wochen nachher und während der ersten Menses post partum. Verf. weist auf die große Schwierigkeit der Verhütung der weiblichen Blennorrhoe und der Feststellung der Heilung hin, die erst durch zahlreiche negative Abstriche nach Aussetzen jeder Behandlung, provokatorische Maßnahmen und wiederholte Nachkontrolle feststellbar sei.
D. Simons-Berlin.

Laktinpräparate bei Erkrankungen des weiblichen Urogenitaltraktus, von H. Warner-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 29, S. 1205.) Empfehlung der Laktinpräparate (Aluminiumlaktat) zur Behandlung von Fluor jeglicher Ätiologie, Blennorrhoe, postblennorrhoischen Zuständen, Adnexentzündungen und Parametritis.
F. Harry-Wiesbaden.

Über Behandlung des Fluors durch ein Heilbad unter Druck, von W. Eichengrün-Köln. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 31, S. 1978.) Mit einem besonders konstruierten Apparat wurden Scheidenspülungen unter einem Druck von etwa 40 mm Hg bei Fluorfällen verschiedener Ätiologie mit gutem Erfolg ausgeführt. Als Spülflüssigkeit wurde 20%iges Targesin oder Azeton oder eine 3—5%ige Argentumlösung verwandt; mit dieser wurden die besten Erfolge erzielt. Durch die Druckspülung kommt die Scheide zur vollständigen Entfaltung, ein Teil der Flüssigkeit gelangt bis in den Zervikalkanal und übt auch hier eine Heilwirkung aus. Eine Überschreitung des Druckes von 40 mm Hg kann infolge Durchpressens der Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle gefährlich werden.
F. Landauer-Berlin.

Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum mittels eines Druckdauerspülapparates, von H. Hübner und H. Stolzenberg-Elberfeld. (D. m. W., 1928, Nr. 29, S. 1205.) Der Apparat besteht aus einem gläsernen Rücklaufrohr, dessen Einflußöffnung größer als seine Ablauföffnung ist. In die Vulva eingeführt, wird es mittels einer Knetmasse Nakiplast so abgedichtet, daß die Flüssigkeit nur durch den Ablauf abfließen kann. Infolge des Größenunterschiedes zwischen Einflußöffnung und Ablauf entsteht in der Vagina ein positiver Flüssigkeitsdruck, der sie nach kurzer Zeit maximal aufbläht. Dann reguliert sich durch Rückstauung der Druck und die Menge der einströmenden ist der der ablaufenden Flüssigkeit gleich. Zur Spülung wird eine $^1/_4$‰ige $AgNO_3$-Lösung, zum Zwecke der Reinigung vor und nach der Spülung eine dünne Kaliumpermanganatlösung benutzt. Man beginnt mit Spulungen von zweimal täglich einer halben Stunde und steigt bis zu zweimal zwei Stunden. Außerdem wird täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Gonoballus in die Vagina eingeführt und ein warmes Sitzbad gegeben. Die Behandlungsresultate waren recht befriedigend. Nach durchschnittlich 8—9tägiger Behandlung waren im Sekret keine Gonokokken mehr nachweisbar. Die Spülungen wurden weiterhin noch 21—40 Tage fortgesetzt. Rezidive wurden trotz ausgiebiger Provokation in keinem Fall beobachtet.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Zur Therapie der Vulvovaginitis infantum, von A. Fessler, Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. d. Wilhelminenspitals in Wien. (M. Kl., 1928, Nr. 27, S. 1045—1047.) Die meisten Erkrankungsfälle entfallen auf das 2.—5. Lebensjahr; Übertragung von Kind auf Kind scheint eine größere Rolle zu spielen als gewöhnlich angenommen. Die allgemeine Behandlung besteht in Sitzbädern mit Chloramin $^1/_2$‰ig, Einstäuben mit 10%igem Protargolbolus, Vakzination, zweimal wöchentlich 5—250 Millionen Keime intramuskulär. Bei sehr akuten Erscheinungen ist Bettruhe zu empfehlen; Spülungen mit Chloramin $^1/_4$‰ig, Kal. permangan., in hartnäckigen Fällen Protargol $^1/_8$—$^1/_4$%ig. Örtliche Behandlung erst nach Abklingen der akuten Erscheinungen: täglich einmalige Instillation mit Guyonkatheter in die Harnröhre 1 ccm, in die Vagina 2 ccm steigender Konzentrationen von erst Protargol ($^1/_4$-, $^1/_2$-, 1-, 2-, 3-, 5-, 10%ig), dann Albargin (1-, 2-, 5‰ig, 1%ig), schließlich Argent. nitr. ($^1/_4$-, $^1/_2$-, 1, $1^1/_2$-, 2%ig); jede Konzentration 2—3mal. Bei Reizungen muß Behandlung unterbrochen werden. Ist das Kind am Ende der Behandlung gonokokkenfrei, so folgt ein dreimaliger Reizzyklus: in Pausen von je einem Tage je einmal Argent. nitr. $2^1/_2$%ig, Kupfer 5%ig, Kupfer 10%ig, sowie Aolan 1 ccm intrakutan. Danach Pause von 6—7 Tagen bis zum nächsten Zyklus. Ergeben die Reizungen kein Wiederaufflackern, so wird das Kind als geheilt entlassen, soll jedoch noch nachuntersucht werden. Bleibt ein Fall während der Behandlung positiv oder wird er es während der Reizungen wieder, so muß eventuell mit der Behandlung von vorn begonnen werden; sind die Erscheinungen gering, so kann man mit energischer Therapie, abwechselnd Argent. 2%ig und Kupfer 5%ig, die letzten Gonokokkenreste zu vernichten versuchen. In ungefähr 60% bestand Komplikation mit Rektalblennorrhoe; sie wird mit Instillationen von 10 ccm der obigen Konzentrationen von Protargol und Albargin, jede 4—5mal, behandelt, nach voraufgegangener Spülung des Rektums mit lauwarmem Wasser. Zur Reizung einmalige Instillation von Argent. $^1/_4$%ig. Waren Zervix und Urethra schon geheilt, so sind sie durch in Pausen von mehreren Tagen vorzunehmende Instillationen von Argent. 2%ig und Kupfer 5%ig vor Reinfektion zu schützen. E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat

b. Penis, Urethra, Blase

Epispadieoperation, von F. Danziger. (Zschr. urol. Chir., 1928, Bd. 25, H. 1 u. 2. S. 21.) Da die Epispadie den Träger fast nicht stört, kommt sie nur ausnahmsweise zur Beobachtung. Die operative Behandlung ist je nach dem Alter und der Schwere der Mißbildung zu individualisieren. Verf. berichtet über ein eigenes Verfahren, das er bei einem 1jähr. Kinde anwandte, welches er schon einige Tage nach der Geburt gesehen hatte. Der Penisschaft und das Dorsum penis waren im ganzen gespalten. Die Bauchhaut war intakt, es bestand kein Blasenvorfall. Die Schleimhaut der Urethra lag ausgebreitet auf dem Dorsum penis. Die freie Transplantation war bei den kleinen Verhältnissen nicht gut möglich, besonders der Winkel zwischen Bauchwand und Urethra wäre schwer zu sichern gewesen. So entschloß sich Verf. zur gestielten Transplantation. Er verlängerte die Linie, die durch die seitlichen Ränder der Schleimhautbrücke der Urethra gingen, nach oben und präparierte einen solch breiten Bauchhautlappen ab, den er dann bis zur Glans penis nach vorne ziehen konnte. Dann schnitt er die Präputialschürze, die an der Unterseite des Penis die Glans umschlossen hatte, ein und stülpte sie über die Glans, so daß dann das Präputium, das durch eine Schnittführung, die die beiden Präputialblätter trennt und die Schürze der Länge nach verlängert, den Bauchhautlappen nochmals deckt und die Wunde sichert. Naht des Bauchhautdefektes durch zwei Nähte. Gutes kosmetisches Resultat. Es erscheint wünschenswert, daß man vor dieser plastischen Operation eine Dammfistel anlegt, in die man einen dünnen Dauerkatheter einlegt. Diesen Katheter kann man nach etwa 14 Tagen entfernen, worauf die Fistel sich von selbst schließt. A. Rosenburg-Mannheim.

Einige Worte über die operative Behandlung großer Urethraldefekte, von E. Key-Stockholm. (Acta chir. scand., Bd. 63, H. 6, S. 545.) Verf. beobachtete bei einem 57jähr. Manne, der mehrmals eine Blennorrhoe überstanden hatte, bei einer Harnentleerung, die mit einem plötzlichen brennenden Schmerz in der Urethra endete, eine ausgedehnte Urinphlegmone durch Ruptur der Harnröhre. Sofortige suprabubische Blasenfistel und Drainage der Harnblase durch den zentralen Harnröhrenstumpf nach dem Perineum hin. Bei dem sehr korpulenten Manne wurde die Harnröhre in einer außerordentlich großen Ausdehnung nekrotisch. Nachdem sich die ausgedehnten Ne-

Digitized by Google

krosen abgestoßen, hatte sich um das nach dem Perineum herausgeleitete Drainrohr ein epithelisierter Gewebeschlauch gebildet, der ein halbes Jahr nach der Aufnahme ins Krankenhaus so fest war, daß er aus dem Gewebe isoliert werden und mit dem peripheren Harnröhrenstumpf vereinigt werden konnte. Nachdem anfangs noch etwas Urin aus der Perinealwunde heraussickerte, konnte dann nach etwa 4 Wochen der eingelegte Katheter entfernt werden. Die neue Harnröhre war für Bougie 23 Charrierre durchgängig. Pat. konnte bei seiner letzten Vorstellung im Krankenhaus, vier Monate später, noch ungestört Urin lassen. Bougie Charriere 20 noch gut durchgängig. Verf. empfiehlt, seine Methode bei ähnlichen ebenso desolaten Fällen eventuell zu versuchen.

A. Rosenburg-Mannheim.

Die Darstellung der Harnröhre bei Strikturen und Rupturen im Röntgenbild, von Partsch und Breitländer-Rostock. (Zschr. urol. Chir., 1928, Bd. 25, H. 1 u. 2, S. 108.) An Hand von 11 Radiogrammen zeigt Verf. die Möglichkeit der Diagnosenstellung von pathologischen Verhältnissen im Bereich der Pars prostatica und des Blasensphinkters. Bei der Verwendung von Jodipin oder auch Bariumsulfatlösung, welch beide Kontrastmittel Verf. benützte, sah er niemals eine Schädigung oder stärkere Schmerzentwicklung, selbst wenn bei bestehender Striktur die spätere Harnblasenspülung unmöglich war. Verf. fordert, daß die Urethrographie bei allen chronischen Veränderungen und Erkrankungen der Harnröhre, und zwar aller Abschnitte, Anwendung finden sollte, insbesondere bei Strikturen, Fisteln, falschen Gängen, Fremdkörpern und Divertikeln. Den nur unsicheren Resultaten der Austastung der Harnröhre mit dem Bougie ist das Röntgenbild überlegen und gibt Lage und Länge der krankhaften Prozesse so an, daß an seiner Hand die therapeutischen Indikationen besser und schneller diskutiert werden können. Zum ersten Male wurden an zwei Fällen eine Urethralruptur röntgenologisch dargestellt. Beachtenswert ist die Tatsache, daß die Patienten keinerlei Beschwerden noch Schmerzen von der Instillation des Kontrastmittels hatten, auch trat keine Verschlimmerung der Erkrankung durch das Kontrastmittel ein. Bei einer frisch verletzten Harnröhre soll man nicht sofort die Kontrastfüllung durchführen, vielmehr soll man mindestens 10 Tage mit der Durchführung der Urethrographie warten. Dann aber ist das röntgenologische Bild eines paraurethralen Wundbettes für den Operateur für seine Indikationsstellung von Wichtigkeit. Die übrigen Bilder ergänzen die bisher bekannten Bilder von Erkrankungen der Urethra. A. Rosenburg-Mannheim.

Sphinkterhypertrophie als Ursache von chronischer Harnverhaltung, von F. Suter-Basel. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 29, S. 719—721.) Von den Fällen, die das Symptomenbild der Prostatahypertrophie darbieten, ohne daß eine vergrößerte Vorsteherdrüse vorhanden ist, und als „Prostatisme sans prostate" bezeichnet werden, beruht ein Teil auf Hypertonie des Sphinkter. In einem derartigen Falle, in dem wegen Harnretention eine Blasenfistel angelegt worden war und sich dann Blasensteine entwickelt hatten, wurde in der Annahme eines Prostataadenoms die Blase eröffnet; ein Adenom war jedoch nicht nachzuweisen, vielmehr entfernte der in die Urethra von der Blase aus eingeführte Finger ein ringförmiges Gewebsstück, das eine Hypertrophie der Muskulatur der Pars prostatica urethrae darstellte, besonders der Längsmuskelschicht. Die Beschwerden des Patienten schwanden danach, und die Blase wurde gut entleert.

E. Levin-Berlin.

Persistent Priapism due to Secondary Carcinoma in the Corpora Cavernosa (Dauernder Priapismus infolge Karzinommetastase in den Corpora cavernosa penis), von R. Campell-Begg. (Brit. m. J., 1928, Nr. 5322, S. 10.) 62 Jahre alter Arbeiter zeigte seit 5 Wochen eine ständige Erektion. Klinisch war außer Prostata-Vergrößerung nichts festzustellen. Zur Behebung der Beschwerden wurde die suprapubische Prostatektomie ausgeführt. Die Prostata zeigte keine maligne Degeneration. Doch trat keine Besserung des Priapismus ein. Infolge Urinretention Tod im Coma 14 Tage nach der Operation. Bei der Obduktion zeigte sich eine zystische Degeneration der linken Niere, Neubildung im Kordex, Metastasen in der Leber und in den Corpora cavernosa penis. Hinweis auf die außerordentliche Seltenheit des Befundes. Verf. fand nur noch einen analogen Fall in der Literatur, den von Cowie, in welchem Falle bei einem primären Myxosarkom der Prostata die Corpora cavernosa penis von Metastasen durchsetzt waren.

T. Benedek-Leipzig.

Die endovesikale Thermokoagulation (neue Indikation, neue Operationsmethoden und neue Instrumente), von A. Rosenburg. (Ergebn. d. Chir. u. Orth., 1928, Bd. 21, S. 271.) An Hand zahlreicher ausgezeichneter Abbildungen und unter Beifügung der gesamten einschlägigen Literatür gibt Verf. einen Bericht über das im Titel ge-

Digitized by Google

nannte Gebiet, das er selbst durch Angabe neuer Methoden bereichert hat. Es würde zu weit führen, hier die einzelnen Kapitel zu besprechen. Jeder, den die endovesikale Thermokoagulation interessiert, wird aus der Lektüre der Monographie neue Anregungen schöpfen und durch die flüssige Darstellung und Beigabe der sehr guten Bilder sich leicht über dieses Gebiet unterrichten. E. Langer-Berlin.

Radium Treatment of Vesical Carcinoma (Radiumbehandlung des Blasenkrebses), von A. C. Morson. (Lancet, 1928, Bd. 215, Nr. 5473, S. 116.) Verf. hat eine eigene Methode ausgearbeitet, die darin besteht, daß Radiumtuben in die Substanz des Tumors gelegt werden. Es ist dabei sehr darauf zu achten, daß Ureteren, Rektum und die großen Blutgefäße weder durch das Radium arrodiert, noch durch spätere Narbenbildung strikturiert werden. Die Operationsmethode (Abbildung) wählt den urethralen Weg vermittelst Operationszystoskops oder die suprapubische Zystotomie. Erstere ist in ihrer Anwendung begrenzt. Genaue bimanuelle Palpation muß die Lage des Tumors zu obengenannten Organen der Umgebung festlegen. Das Radium liegt in 0,5 mm dicken Platintuben. Diese werden bei blumenkohlartigen Tumoren quer durch die Basis des Tumors gelegt, dort 24 Stunden liegengelassen. Bei ulzerierten Tumoren vermeidet man es, die alten, degenerierten Zellen des Zentrums zu vernichten und versenkt daher die Tuben in die Randzonen der Geschwulst. Die Schwierigkeit dabei ist, den Zwischenraum zwischen den beiden Tuben so zu wählen, daß die Wirkung der beiden keine letale Dosis gibt. Verf. verstärkt die Wirkung der lokalen Applikation noch durch Injektion einer 2%igen Na-Fluoreszinlösung in den Tumor, um eine sekundäre, die primäre verstärkende Wirkung hervorzurufen. Die hervorstechendste, oft schon nach vier Stunden eintretende Wirkung der Bestrahlung ist die Blutstillung. Als Nebenwirkung ist Harndrang und Defäkationschmerz als Reizerscheinung zu erwähnen. Das Allgemeinbefinden bessert sich, der Urin wird klarer. Die zystoskopische Kontrolle ergibt nach 3 Monaten bullöses Ödem der Schleimhaut oder zerfallene Tumormassen. Nach Beobachtungen über Jahre muß freilich gesagt werden, daß die Radiumbestrahlung nicht zur Dauerheilung führt. H. Colman-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Die Gefäßversorgung der männlichen Keimdrüse, von M. Richard, Chir. Univ.-Kl. Basel. (D. Zschr. f. Chir., 1928, Bd. 210, H. 1/4, S. 267—274.) Die Gefäßversorgung der männlichen Keimdrüse wurde durch Injektion mit Aufschwemmungen von Mennige oder einer Suspension von Kalomel in Paraffin. liquidum und nachfolgender stereoskopischer Röntgenaufnahme untersucht. Die arterielle Gefäßversorgung des Hodens erwies sich dabei als sehr vielgestaltig. Im Samenstrang verlaufen die A. spermat. int., A. spermat. ext., A. deferentialis; letztere, ein sehr feines Gefäß, verliert sich in ein feines, den Nebenhodenschwanz in seinem untersten Abschnitt umspinnendes Kapillarnetz, in das eine durch das Gubernakulum mit der A. spermat. ext. in Verbindung stehende Anastomose mündet. Die A. spermat. ext. verzweigt sich auf dem parietalen Blatt der Tunica vaginalis; durch Anastomosierung beteiligt sie sich an dem Kapillarnetz, das den Nebenhodenschwanz umzieht und das eine Anastomose zu dem Gefäßgebiet der A. spermat. int. abgibt. Diese zeigt in ihren Verzweigungen eine große Mannigfaltigkeit, doch zeigt sich die Gefäßversorgung bei demselben Individuum in beiden Hoden sehr ähnlich. Von der Peripherie des Testis gegen den Hilus und den Nebenhoden zu nimmt der arterielle Gefäßreichtum auffallend ab, was vielleicht der Ausdruck des sehr verschiedenen funktionellen Verhaltens und der damit verbundenen physiologisch-chemischen Vorgänge ist. Als Altersveränderung zeigte sich, daß die Anastomosen fast gar nicht mehr durchgängig waren. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen über die aszendierende Epididymitis, von M. Richard, Chir- Univ.-Kl. Basel. (D. Zschr. f. Chir., 1928, Bd. 21, H. 1/4, S. 260 bis 266.) Bei Injektion der ableitenden Samenwege mit kontrastgebender Masse und nachfolgender Röntgenaufnahme zeigte sich, daß die Samenwege nur in ihrem untersten Abschnitt dargestellt werden können. Diese Tatsache ist so zu erklären, daß bei starker Füllung unterer Kanälchen, die zu einem Läppchen zusammengefaßt sind, eine Spannung der Läppchenkapsel auftritt, die eine mechanische Durchtrittsbehinderung zum nächsthöheren Läppchen bewirkt, am wahrscheinlichsten durch Abknickung. In Übereinstimmung damit wurde bei Einspritzung infektiöser Flüssigkeit eine auf den untersten Nebenhodenschwanzabschnitt beschränkte Erkrankung erzeugt; eine weitere Ausbreitung kann nicht mehr intrakanikulär, sondern nur perikanikulär, interstitiell, vor sich gehen. Klinisch liegen die Verhältnisse ähnlich, indem auch die Beteiligung des Nebenboden-

Digitized by Google

schwanzes im Vordergrunde steht; die blennorrhoische Epididymitis kommt durch typisches intrakanikuläres Aufsteigen der Keime zustande. E. Levin-Berlin.

Inkretorische Funktion der Zwischenzellen des Hodens, von E. J. Kraus-Prag. (Kl. W., 1928, Nr. 28, S. 1315.) Verf. ist der Ansicht, daß die Zwischenzellen des Hodens nicht nur eine trophische Funktion zu erfüllen haben, sondern daß ihnen auch die Bedeutung eines Organs mit inkretorischer Funktion zukommt. Insbesondere scheint eine funktionelle Beziehung zu der Hypophyse bzw. dem Hypophysenzwischenhirnsystem zu bestehen, eventuell auch zu anderen innersekretorischen Drüsen, so den Nebennieren. Es wird lohnend sein, bei weiteren Untersuchungen auf diesen Zusammenhang zu achten. E. Langer-Berlin.

Behandlung der Sterilität, von E. Graff-Panesova-Wien. (M. Kl., 1928, Nr. 31, S. 1185—1197.) Die augenblickliche Blütezeit der Fruchtabtreibungen ist mit einer bedeutenden Zunahme der Sterilitätsfälle verbunden, die auf Schädigungen der weiblichen Geschlechtsorgane durch die bei dem artifiziellen Abort vorgenommenen Manipulationen zurückzuführen sind. Der größte Teil der weiblichen Unfruchtbarkeit beruht auf entzündlichen Veränderungen infolge von blennorrhoischen oder puerperalen Infektionen, Parotitis epidemica, Angina, Appendizitis, Typhus, Dysenterie. Die wesentlichste Rolle spielt hierbei ein Verschluß an irgend einer Stelle des Eileiterkanals, der durch die Eileiterdurchblasung besser als durch Palpation nachzuweisen ist. Hier kann nur Operation (Salpingostomie oder Implantation der Tube in den Uterus) helfen, deren Aussichten aber nicht übermäßig groß sind. Nur bei durchgängigen Eileitern ist von konservativen Methoden (Moorbädern, Heißluft, Diathermie, Höhensonne, Reizkörpern) Erfolg zu erwarten. Weitere Ursachen der Sterilität sind Hypoplasie des Uterus oder mangelhafte Funktion der Ovarien, bei denen die früher viel empfohlenen örtlichen (operativen und anderen) Behandlungen abzulehnen und durch physikalische und Moorbäderbehandlung, Organpräparate (Funktionssteigerung durch Schilddrüse) zu ersetzen sind; schließlich Lageveränderungen, bei denen auch oft die Durchgängigkeit der Eileiter aufgehoben ist und bei denen die Durchblasung operativen Behandlungen vorausgehen muß. Sonst kommen, abgesehen von Spermafehlern des Mannes, als Ursachen der Sterilität noch in Betracht: Dyspareunie, Spermaresorption (zu behandeln durch mehrmonatige Abstinenz), humorale Unverträglichkeit zwischen beiden Partnern, Gifte (Tabak, Kaffee), Klima. Ein Einfluß der Blutgruppen ist bisher nicht nachweisbar. E. Levin-Berlin.

Behandlung des Operationsstumpfes und prophylaktische Unterbindung des Vas deferens bei Operationen der Geschlechtstuberkulose, von P. D. Ssolowoff-Moskau. (Arch. f. kl. M., 1928, Bd. 151, H. 1, S. 224.) Nach Ansicht des Verf., an der er immer festgehalten hat, ist die Nebenhodentuberkulose nie primär, sondern von Prostata und Samenblasen weitergeleitet. Die Fortleitung geschieht mittels antiperistaltischer Bewegungen des Coll. sem. und des Samenleiters. Daher die Entwicklung der Epididymitis nach irgend welchen Alterationen der Genitalsphäre. Die primäre Erkrankung obengenannter Organe bleibt oft, da symptomlos, verborgen, so daß die sekundäre Epididymitis als primärer Herd erscheint. Daher soll bei jedem Tuberkulosekranken jugendlichen Alters Prostata und Samenblase untersucht werden. Therapeutisch soll man sich möglichst damit begnügen, den Nebenhoden und die erkrankten Teile des Hodens zu entfernen, aber die Kastration, wenn irgend möglich, vermeiden. Das Herausreißen des erkrankten Vas deferens soll unterbleiben. Dafür wird der Operationsstumpf des Vas deferens in die Operationswunde eingenäht, um durch dieses Prostata und Samenblasen zu spülen. Das Vas deferens wird mit einem Teil des Zellgewebes lospräpariert und in den oberen Winkel der Leisten-Hodenwunde eingenäht. Nach 3—5 Injektionen einer 5%igen Ölemulsion, und zwar 2—3—5 ccm, wird der die Hautoberfläche überragende Stumpf abgeschnitten. Durch diese Maßnahmen erreicht man oft eine völlige Heilung der Prostata und Samenblasentuberkulose. Da in 20—50% der Prozeß auf die gesunden Hoden und Nebenhoden übergreift, empfiehlt sich prophylaktische Unterbindung des Vas deferens der gesunden Seite. Hierdurch wird auch dem Eiweißverlust durch Spermatozoenejakulation vorgebeugt. Für die prophylaktische Unterbindung führt Verf. eine sehr instruktive Krankengeschichte an. H. Colman-Berlin.

Zur Indikation der Operation bei Samenblasentuberkulose, von H. Riese-Berlin-Lichterfelde. (Arch. f. kl. Chir., 1928, Bd. 150, H. 4, S. 676.) Verf. tritt dafür ein, daß die Fälle von schwerer Samenblasentuberkulose, sowohl der isolierten wie der mit Komplikationen seitens des Hodens oder Nebenhodens oder der Prostata oder auch der Nieren verbundenen, operiert werden. Wenn sämtliche Herde rechtzeitig entfernt werden, tritt vollkommene Heilung ein. So berichtet Verf. über drei Fälle, von denen

Digitized by Google

einer 20 Jahre, ein zweiter 13 Jahre und ein dritter $6^1/_2$ Jahre genital geheilt blieb. Mehrere andere Fälle, die $4—5^3/_4$ Jahre beobachtet werden konnten, sind ebenfalls gesund geblieben. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Anastomosenoperationen bei Azoospermie, von M. Richard, Chir. Univ.-Kl. Basel. (D. Zschr. f. Chir., 1928, Bd. 210, H. 1/4, S. 275—286.) Nach vollkommener Entfernung des Nebenhodens konnte experimentell mit verschiedenen Methoden eine durchgängige Vereinigung zwischen Hoden und Ductus deferens nicht erzielt werden; es kommt also ein derartiger operativer Eingriff bei der tuberkulösen Nebenhodenerkrankung, abgesehen von der außerdem bestehenden Rezidivgefahr, nicht in Betracht. Mit größerer Wahrscheinlichkeit ist eine funktionierende Anastomose zu erzielen, wenn Reste des Nebenhodens stehengeblieben sind, so daß diese Operation bei Azoospermie infolge von postblennorrhoischer Obliteration und bei Epididymitis chronica non-specifica in Betracht gezogen werden kann. Auch die Wiedervereinigung des durchschnittenen Samenleiters ist aussichtsreich; es ist damit die Möglichkeit einer zeitweisen Sterilisierung gegeben. E. Levin-Berlin.

Bedeutung der chronischen Prostatitis vom Standpunkte der inneren Medizin, von A. V. Knack und H. Simon-Barmbeck. (Kl. W., 1928, Nr. 29, S. 1369.) Die Arbeit bedeutet einen außerordentlich wertvollen Beitrag zur Lehre von der Latenz der männlichen blennorrhoischen Adnexerkrankungen. Verff. haben an einem rein internen Krankenmaterial regelmäßige Untersuchungen der Adnexe vorgenommen und sind dabei zu dem Resultat gelangt, daß einmal in einem sehr hohen Prozentsatz pathologische Prostatabefunde anzutreffen sind, und fernerhin, daß diese Prostataveränderungen sehr häufig den Ausgangspunkt für innere Leiden bilden, so daß zu fordern ist, daß bei jeder inneren Untersuchung auch die Prostata berücksichtigt wird. Die bei 326 unter irgend einer anderen Diagnose eingelieferten Patienten vorgenommene Untersuchung ergab, daß sich in 52% tatsächlich Veränderungen in Form einer chronischen Prostatitis fanden, ohne daß die Patienten davon direkte Beschwerden hatten. In 46,1% der Fälle wurde eine Blennorrhoe in früheren Jahren zugegeben. Wesentlich erscheint aus den Untersuchungsergebnissen, daß bei 83 Patienten sowohl palpable Prostataveränderungen wie auch pathologische Sekretbefunde nachweisbar waren. Bei 10 von diesen Patienten = 12,04% fanden sich im Prostatasekret einwandfreie Gonokokken. Es gehört zur richtigen Beurteilung des Zustandes der Prostata nicht nur der palpatorische Befund, sondern auch die sorgfältige Sekretuntersuchung. E. Langer-Berlin.

Die Erfolge operativer Therapie des Prostatakarzinoms, von H. Wildbolz, Nichtklin.-chirurg. Abt. Inselspital Bern. (Schweiz. m. W., 1928, Nr. 29, S. 726—729.) Das Karzinom der Prostata entwickelt sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in einer gutartig hypertrophischen Drüse; es gilt, um die Chancen der Operation möglichst günstig zu gestalten, die Diagnose frühzeitig zu stellen. Zeichen, die darauf hinweisen, sind neuralgische Schmerzen in Damm- und Kreuzbeingegend, ausstrahlend in die Oberschenkel, doch sind dann meist schon Metastasen gebildet; ferner als sehr charakteristisch eine jeder Elastizität bare, fast holzartige, flächenhafte oder knotige Verhärtung. Jedoch können derartige Verdickungen völlig fehlen und bei einer anscheinenden Prostatahypertrophie keinerlei Zeichen einer bereits eingetretenen krebsigen Entartung vorhanden sein. Es muß deshalb hiermit bei jeder Prostatektomie gerechnet werden, und es empfiehlt sich aus diesem Grunde, die perineale der suprapubischen Operation vorzuziehen. Die auf diesem Wege von dem Verf. erzielten Erfolge sind keine ungünstigen, wenn auch noch nicht befriedigenden; es starben von 40 Operierten 7,5% in unmittelbarem Anschluß an die Operation, 30.2% im Verlauf von $1^1/_2—3$ Jahren an Metastasen oder den Folgen lokaler Rezidive, 10% an interkurrenten Krankheiten; bei 15%, die bis jetzt geheilt erscheinen, liegt der Eingriff erst 1—3 Jahre zurück; 30% lebten länger als 3 Jahre, bis zu 10 Jahren, völlig beschwerdefrei, doch gingen von ihnen zwei noch nach 6 bzw. 9 Jahren an Rezidiven zugrunde. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 47 (Bd. 87) 24. November 1928

Aus der Klinik für Hautkrankheiten der I. Moskauer Universität
(Direktor: Prof. G. I. Mestschersky)

Zur Klinik und Histologie der Xanthome

Von

I. N. Olesoff und A. B. Selisky

Mit 4 Abbildungen im Text

Knabe S. $1^1/_2$ Jahr alt. Vor 3 Monaten zu gehen angefangen, mit 11 Monaten gezahnt. Psychisch schwach entwickelt; spricht nicht. Keine Infektions- sowie Hautkrankheiten in der Anamnese. Die Familienanamnese ergibt außer einer latenten Lungentuberkulose (Lungenspitzenkatarrh) bei der Mutter nichts Besonderes. Das jetzige Leiden wurde im August 1926 von den Eltern bemerkt und repräsentierte sich als drei bräunliche Knötchen am Halse des Kindes. In den nächsten Monaten kam es zu einer Verbreitung des Ausschlages. Im Dezember wurden Gesicht, behaarter Kopf, Brust und Rücken betroffen. Die Zahl der Effloreszenzen nahm allmählich zu. Im Januar 1927 wurde das Kind einem von uns (Selisky) zur Konsultation gebracht. Seitdem fängt unsere Beobachtung an. Von Stecknadelkopfgröße und rosa Farbe sowie einen entzündlich-rötlichen Hof (Halo) aufweisend, traten isoliert frische Ausschlagselemente auf. Allmählich nahmen die Knötchen an Größe zu. Innerhalb etwa einer Woche war die rosa Farbe durch gelbe ersetzt. Die letzte war allmählich in bräunliche (von verschiedenen bis in ganz dunkle Nuancen) Farbe übergegangen. Die Farbenverschiebung ging parallel der Volumenzunahme der Effloreszenzen. Indem frische Knötchen fortwährend schubweise ausschossen, trat bei älteren Involution ein: die Epidermis erschien gefaltet und blasser, die gelbe Verfärbung kehrte zurück; die Knötchen nahmen an ihren Dimensionen ab, erschienen dem tastenden Finger weicher und bekamen zentrale Eindellung. Nach oberflächlicher Schuppung kam es endlich zum spurlosen Verschwinden solcher Effloreszenzen. Im Februar 1927 wurden von frischen Knötchen nach der Paraffinmethode histologische Präparate verfertigt. Dieselben boten das Bild eines Granuloms, das aus lymphoiden epitheloiden und Gigant-Zellen zusammengestellt war. Der Fall wurde unter der Diagnose „Lupus miliaris disseminatus“ in der Moskauer Dermatologischen Gesellschaft am 7. IV. 1927 vorgestellt. Die Diagnose hat keine Einwände hervorgerufen. Im Sommer 1927, nach Sonnenbädern, war eine rasche Verbreitung des Exanthems an Rumpf und Extremitäten zu notieren. In den nächsten 2—3 Monaten ging der Ausschlag am behaarten Kopf und Hals, wo zuerst die Affektion sich lokalisierte, merklich zurück und verschwand teilweise gänzlich und spurlos. Ulzerationen, Krusten waren während der ganzen Beobachtungszeit nicht zu vermerken. Während der letzten Beobachtungsmonate fiel die charakteristische zitronengelbe xanthomatöse, sich am meisten haltende Verfärbung auf.

Zwecks genauerer Untersuchungen wurde das Kind bei folgendem Hautstatus in die Hautklinik hospitalisiert.

Status dermatologicus. Die Haut ist etwas trocken, blaß und ein wenig pigmentiert. Die Schweißabsonderung normal. Talgsekretion etwas herabgesetzt. Roter Dermographismus sehr ausgesprochen; Übergang in einen gemischten. Das Unterhautgewebe ist mäßig entwickelt. Die Unterkieferdrüsen etwas vergrößert. Sonst sind die Lymphdrüsen normal.

Gesicht, behaarter Kopf, Hals, Brust, Rücken, untere Bauchhälfte und besonders die Inguinalgegend sind vom Ausschlag betroffen. An der Vorderarm-, Oberschenkel- und Hodenhaut sind einzelne stecknadelkopfgroße Knötchen zu sehen.

Digitized by Google

Der Ausschlag besteht aus Papeln von blaßrosa bis dunkelbrauner Verfärbung. An sechs einzelnen Elementen ist eine dunkelrote Purpura-haemorrhagica-Farbe wahrzunehmen. Bei Diaskopie ist eine gelbe Verfärbung deutlich. Die Knötchen sind rundlich, gut abgegrenzt. Frische Effloreszenzen sind infiltriert, von elastischer Konsistenz. Die in Involution begriffenen Elemente sind weniger infiltriert. Keine entzündlichen Veränderungen in der Umgebung der Papeln. Stellenweise erreichen die Effloreszenzen eine Erbsengröße. Die Epidermis ist über den heranwachsenden Papeln straff ausgezogen, glänzend, über den in Involution begriffenen gefaltet, im Zentrum eingedellt, dem Molluscum contagiosum ähnlich. Der Ausschlag ist monomorph. Die Effloreszenzen sitzen dicht aneinander, konfluieren nie. Ulzerationen, Krusten sind nicht zu vermerken. Bei leichtem Streichen der Papeln mit dem Finger kommt es bald zur Rötung der Elemente, indem die umgebende Haut keine Veränderungen aufweist. Am Halse, Rücken- und an der Kreuzgegend sind 11 depigmentierte Flecke von Erbsengröße zu sehen. Einen Zusammenhang dieser Flecken mit dem Leiden gelang uns nicht festzustellen.

Abb. 1. Beim Hospitalisieren in die Hautklinik, ein Jahr nach der Erkrankung

Die inneren Organe wurden in der Kinderklinik der I. Moskauer Universität (Prof. Moltschanoff) untersucht und wiesen nichts Pathologisches auf.

Urin N. Blut: Hg 60% (Sahli), Erythrozyten 4500000, Leukozyten 20700. Nach Schilling: Neutrophile segmentkernige 56%, Neutrophile stabkernige 6%, Lymphozyten 34%, Monozyten 4%. Cholesterin 80‰, Zucker 111‰. WR. Besredka, Pirquet negativ (Kochsches Tuberkulin).

Eine frische Papel wurde einem Meerschweinchen intraperitoneal inokuliert. Die Resultate waren als negativ zu verzeichnen.

Zur histologischen Untersuchung wurden 4 Papeln von verschiedenem Alter biopsiert, in Formalin fixiert, in Zelluloidin eingebettet und mikroskopisch untersucht. Teilweise wurden die Schnitte mit der Gefriermethode zwecks Fettbestimmung verfertigt. Es wurden die üblichen Färbemethoden angewandt.

Biopsie Nr. 1. Eine frische Papel von Erbsengröße, scharf abgegrenzt, von halbkugeliger Form und gelbbräunlicher Verfärbung.

Schwache Vergrößerung. Dicht unter der Epidermis in der Papillar- und Subpapillarschicht ist ein scharf abgegrenzter Infiltratenherd zu sehen. Die darüberziehende Epidermis ist verdünnt. Die Epidermis-Kutis-Grenze etwas ausgeglichen. Große Zellen, darunter Gigantzellen, beherrschen das Gesichtsfeld. Die Gigantzellen liegen stellenweise frei und begrenzen bedeutende ungefärbte Räume. Periphärwärts erscheinen die Zellenmassen kompakter.

Das Bindegewebe ist im Bereich der Infiltratenherde zerstört und als feines Maschenwerk sichtbar. Die elastischen Fasern sind zerstört;

Digitized by Google

es sind davon nur Reste zu sehen (Fuchsin-Weigert). In der periphären Zone der Präparate ist das kollagene sowie elastische Gewebe nicht verändert. Die Gefäße sind dilatiert und entweder von ungefärbten Bänden oder Infiltrationszellen umgeben.

Starke Vergrößerung. Das Infiltrat besteht aus einer beträchtlichen Anzahl von mittelgroßen Zellen, die einen großen, ovalen, scharf abgegrenzten blassen Kern und ein unregelmäßig konturiertes Protoplasma, das Fortsätze hinaussendet, aufweisen, bedeutender Anzahl von Gigantzellen, zwischen denen sich die sogenannten Touton'schen Zellen auffinden (Abb. 2). Die letzteren zeichnen sich durch schaumiges Protoplasma und kranzartig angeordnete Kerne aus. Um den Kernkranz ist ein ungefärbtes Band zu sehen (Abb. 2 und 3). Auch einkernige Schaumzellen sind sichtbar.

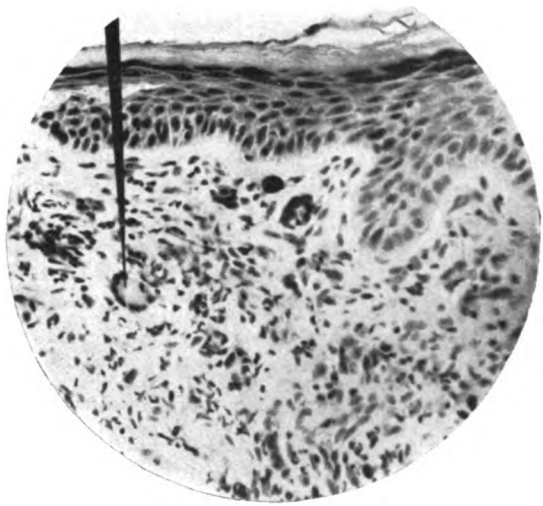


Abb. 2. Mittlere Vergrößerung

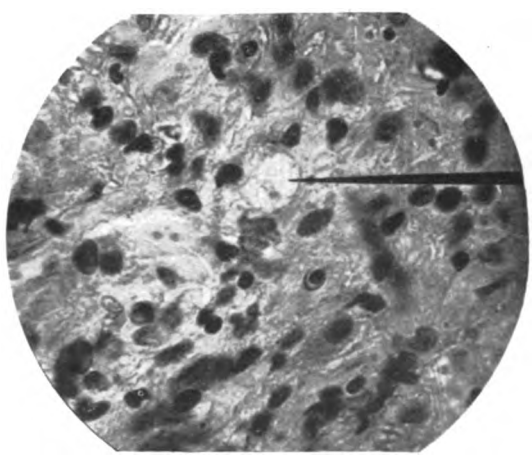


Abb. 3. Starke Vergrößerung der Schaumzellen mit dem Weiser angezeigt

Stellenweise sind Polynukleäre und in größerer Anzahl Lymphozyten wahrzunehmen. Mastzellen und Plasmazellen sind in sehr begrenzter Zahl anzutreffen. Das Pigment ist in der Basalschicht in normaler Menge vorhanden. Pigmentzellen sowie Pigmentkörnchen sind bei peinlichster Durchsuchung der Präparate im Bindegewebe sowie in den Infiltratenherden nicht aufzufinden. Bei Färbung auf Fett (Sudan III) sind Anhäufungen von kristallinisch gekörnten lipoiden Substanzen intra- und extrazellulär zu sehen. Wenige, scharf konturierte Zellen, von rundlicher und unregelmäßiger Form, deren Protoplasma mit konfluierender lipoider Substanz in Form von Tropfen gefüllt ist, sind sichtbar. Die

Digitized by Google

Kerne solcher Zellen scheinen durchsichtig zu sein und im Protoplasma exzentrisch. Bei einigen Zellen sind die Kerne schwach gefärbt oder als Konturen wahrzunehmen. Auch kleinere Zellen von derselben Struktur sind anzutreffen. Die beiden Sorten von Zellen liegen dicht aneinander und bilden stellenweise konfluierende lipoide Massen. Zwischen den Zellen sind größere und kleinere Tropfen von lipoider Substanz, auch in Kristallen zu sehen. Indem die lipoiden Substanzen in der zentralen Zone konfluieren, ist dieses in der periphären Zone nicht der Fall.

Im Polarisationsapparat erweist sich am meisten Neutralfett (isotrope lipoide Substanz) und nur wenig Cholesterinverbindungen (anisotrope lipoide Substanz).

Tuberkelbazillen waren im Schnitt nicht nachzuweisen (Fuchsin-Ziehl-Neelsen).

Die Untersuchung der anderen 3 biopsierten Hautstückchen hat bewiesen, daß mit dem Alter der Effloreszenzen die Anzahl der Schaumzellen abnahm, die der Fibroblasten dagegen zunahm. Die Zahl der Fibroblasten beherrscht mehr und mehr das Gesichtsfeld (Abb. 4). Die Gefäße sind hyperplasiert und mit Blut gefüllt. Sonst sind die histologischen Bilder mit den oben beschriebenen identisch.

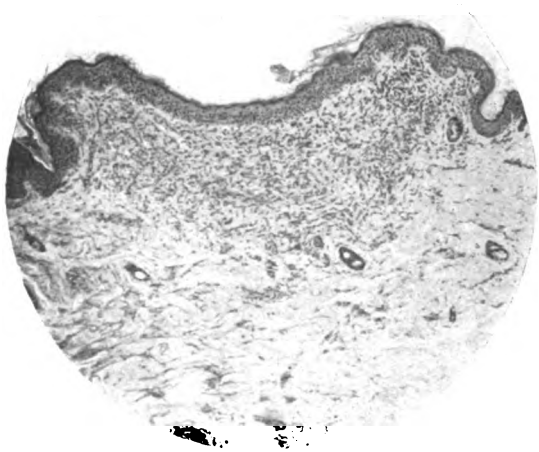


Abb. 4. Involutionsstadium der Knötchen. Das Vorherrschen von Fibroblasten im Gesichtsfeld. Eindellung

Unter der Wirkung der Insulintherapie wurden alle Knötchen anfangs (3 Injektionen — 2 Einheiten) rosa und fielen nach 8 Injektionen einer Involution anheim (Schuppung, Fältelung der Epidermis usw.). Stellenweise kam es zum spurlosen Verschwinden der Effloreszenzen. Leider verließ das Kind die Klinik, so daß die Beobachtung abgebrochen werden mußte.

Unser Fall ist atypisch. Die Diagnose ist nicht leicht. Als Besonderheiten sind hervorzuheben: 1. die für Xanthome ungewöhnliche Verfärbung; 2. entzündlicher Hof (Halo) um frische Knötchen; 3. Neigung zur Involution; 4. geringe Zahl von Schaumzellen und beträchtliche Menge von Neutralfett; 5. keine Hypercholesterinämie.

In klinischer Hinsicht ist unser Fall dem von Siemens beschriebenen, als Xanthoma pseudodiabeticum aufgefaßten ähnlich. Die Verbreitung des Ausschlages, die geringe Größe der Effloreszenzen, entzündlicher Hof um frische Elemente und, endlich, Neigung zur Involution rechtfertigen das Beiwort „Pseudodiabeticum“ (Siemens). Die Wirkung der Insulintherapie scheint uns die Ähnlichkeit mit einem diabetischen Xanthom noch zu erhöhen.

Digitized by Google

Histologisch aber nimmt unser Fall eine ganz besondere Stellung ein und ist in dieser Hinsicht mit dem Fahrschen Fall zu identifizieren. Im letzteren war die Anzahl der Xanthomzellen ebenso gering und das Neutralfett beherrschte das Gesichtsfeld. Der Autor wurde dadurch zur Annahme veranlaßt, daß Cholesterinverbindungen für Xanthombildung nicht notwendig wären.

Die dunkelbraune Verfärbung der Xanthomelemente ist außerordentlich selten zu treffen (Gans). Im Fall von Fischel war diese durch Hämorrhagie bedingt. Im Fall von Siemens wurde die Xanthomfarbe auf Hyperämie, Stauung, Teleangiektasien, melanotisches Pigment zurückgeführt. In unserem Fall läßt sich die Verfärbung auf keine der erwähnten Momente zurückführen.

Wie oben erwähnt wurde, nahm in unserem Fall die Lipoidspeicherung sowie die Verfärbung zuerst an Intensität zu, während im weiteren Verlauf bei der Involution beide zusammen zurückgingen.

Nach Chwostek und Grütz geht die Pigmentspeicherung mit der Lipoidspeicherung im Sinne einer Phagozytose ganz parallel vor sich. In unserem Fall liegt der Gedanke nahe, daß die Cholesterinverbindungen (?) das Pigment aufgelöst haben (Nunes). Unser negativer Pigmentbefund bei exquisit dunkel verfärbten Effloreszenzen bekommt hiermit eine Erklärung. Auch unsere unvollständigen Untersuchungsmethoden sind in Betracht zu ziehen.

Was die Hypercholesterinämie bei Xanthomen anbetrifft, so wissen wir, daß diese manchmal fehlen kann (Siemens, Schmidt, Arzt).

Der Cholesteringehalt im Blut stellt einen labilen Wert dar, der in breiten Grenzen schwanken kann. Bei Cholesterinablagerung in den Geweben kann Cholesterinverminderung im Blute stattfinden (Schmidt, Parkes-Weber). Der relativ niedrige Cholesteringehalt bei unserer Blutuntersuchung findet hiermit ihre wahrscheinliche Erklärung.

Schlüsse: 1. Es wird über einen Fall von Xanthoma tuberosum multiplex pseudodiabeticum bei einem Kinde berichtet, der anfangs einen Lupus miliaris disseminatus simulierte. 2. Der Fall zeichnete sich durch Generalisierung, geringe Größe der Effloreszenzen, ihre atypische dunkelbraune Verfärbung, entzündlichen Hof, Neigung zur Involution und normalen Cholesterinspiegel im Blute aus. 3. Die Zahl der Schaumzellen sowie der anisotropen lipoiden Substanz war gering, dagegen beherrschte das Neutralfett, eventuell die isotrope lipoide Substanz das histologische Bild. 4. Auf Grund des histologischen Befundes in unserem sowie im Fahrschen Fall scheint die Rolle der Cholesterinverbindungen in der Pathogenese der Xanthome überschätzt zu sein.

Literatur

1. Arzt, Arch. f. Derm., 1919, Bd. 126. — 2. Chwostek, Zschr. f. kl. M., 1911, Bd. 73. — 3. Fahr, Zbl. f. Pathol., Bd. 30, Nr. 21. — 4. Fischel, Derm. Zschr., 1907, Bd. 14 (Demonstration). — 5. Gans, Die Histologie der Hautkrankheiten, 1925, Bd. 1, J. Springer. — 6. Grütz, Arch. f. Derm., Bd. 150, H. 1, u. Bd. 151 (Kongreßheft). — 7. Nunes, Arch. of Intern. Med., Bd. 26, Nr. 3. — 8. Parkes-Weber, The Brit. Journ. of Derm. and Syph., 1924. — 9. Schmidt, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 140, S. 408. — 10. Siemens, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 136.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Weißrussischen Staats-Universität in Minsk (Direktor: Prof. Dr. W. J. Mrongowius)

Zur Salvarsantherapie des Milzbrandes

Von

Dr. S. B. Goldin

Obschon die Diagnostik der äußeren Form des Milzbrandes (Pustula maligna) verhältnismäßig nicht schwierig ist, besonders wenn der Erkrankte schon am ersten Tage sich zur ärztlichen Hilfe gewendet hat, so herrscht jedoch in der Frage über dessen Behandlung bis zur Zeit keine einmütige Anschauung, sowohl unter klinischen so auch unter praktischen Ärzten.

Während es so manche Anhänger der konservativen örtlichen Behandlung mit Ruhe und Umschlägen gibt, versuchen es andere, durch Einspritzung von Acid. carbolicum in der Peripherie einzugreifen bzw. mit rauchender Salpetersäure, kaustischem Kali usw. an die Zerstörung der Pustel zu gehen; andere wieder greifen auf chirurgischem Wege mittels Ex- oder Inzision ein.

Viele Autoren geben die Darstellung einer Reihe von Fällen, wo die genannte Heilmethode günstige Resultate, völlige Genesung ergaben: hingegen ist ja bekannt, daß so manche Fälle von Infektionen, darunter auch des Milzbrandes, durch Genesung — auch ohne Behandlung — zum Abschluß kommen. Inzisionen ergeben mitunter traurige Folgen, wie z. B. allgemeine Septikämie, Exzisionen hinterlassen häßliche Narben, die besonders im Gesicht widerwärtig sind.

Wegen der Mangelhaftigkeit dieser Heilmethoden in schweren Fällen empfahlen Sobernheim und Sclao das spezifische Milzbrandserum subkutan, intramuskulär und intravenös anzuwenden. Scollo verzeichnet 76 Fälle der Milzbrandserumtherapie, von denen 11 mit Exitus letalis. Petrosini 15 Fälle (1 Todesfall). Milla 36 Fälle von Serumtherapie, sämtlich mit gutem Erfolg. Chatellier 2 Fälle, wobei er bis 150 ccm Serum injizierte. Mira 30 Fälle mit glänzendem Erfolg. Centi 6 Fälle, sämtlich im Gesicht, wo bekanntlich die Krankheit einen schwereren Verlauf nimmt, alle diese Fälle ergaben Genesung. Spasski verzeichnet 13 Fälle (davon 10 am Kopfe), nur 1 Todesfall. Prat 309 Fälle, Exitus letalis 18,77%. Zum großen Teil erfolgreich wendeten das Serum Francis, Grant, Symmer, Bodin, Leubner, Metzulescu u. a. an.

Nach Regan ergab die frühere chirurgische Behandlung 24% Todesfälle, bei Serumtherapie nur 4—6%. Nach Mendez ergab die frühere Statistik 20% Todesfälle und bei Erkrankungen am Kopf sogar 30—40%, bei Serumtherapie 4,19%.

Jedenfalls aber hat auch die Serumtherapie eine Reihe von Mängeln. Abgesehen davon, daß das Serum in hiesigen Verhältnissen nicht überall

Digitized by Google

erhältlich ist, ist es für den Organismus nicht gleichgültig, falls wiederholt größere Dosen angewendet werden müssen.

Im Verlauf der letzten 15 Jahre geht man immer mehr zur Salvarsantherapie über. Der erste Versuch wurde 1912 von Becker veröffentlicht. Bettmann und Heim erwähnen 2 bzw. 1 Fall von Milzbrand erfolgreich durch Salvarsan behandelt. Der spanische Autor Sainz de Aja spricht von 40 Fällen erfolgreicher Salvarsantherapie. In der russischen Literatur sind Berichte über günstige Resultate von S. K. Rosenthal, Gusseff, Dobromysslow, Mierschtschaninoff u. a. niedergelegt.

Mehrere Autoren benutzten mit Erfolg eine kombinierte Serum-Salvarsanmethode.

Nachstehende 9 Fälle wurden in unserer Klinik ausschließlich mit Salvarsanpräparaten behandelt.

Fall 1. Pat. J. S., 57 Jahre, Hausfrau, kam in die Klinik 6. V. 1927 am 7. Krankheitstage. Pustula maligna in der Gegend des rechten Jochbeines (Milzbrandbazillen +). Die rechte Gesichtsseite, oberes und unteres Augenlid stark ödematös, so daß Kranke kaum das Auge zu öffnen vermag. Allgemeines Mißbefinden, Abgespanntheit, Apathie, Appetitlosigkeit. Urin normal, Temp. normal, Leukozyten 4200. 7. V. 0,45 Novosalvarsan intravenös. Anschwellung nimmt ab, Allgemeinbefinden besser. 12. V. 0,6 Novosalvarsan. 13. V. Die Wunde heilt sich gut. Die Kruste löst sich allmählich ab. 16. V. Wunde geheilt. 20. V. 0,6 Novosalvarsan, Entlassung.

Fall 2. Die Kranke O. O., 9 Jahre, Tochter eines Schuhmachers. Eintritt in die Klinik 21. VI. 1927 am 5. Krankheitstage. Pustula maligna an der Nasenspitze (Milzbrandbazillen +). In der Peripherie der Pustel bedeutende Anschwellung. Allgemeines Mißbefinden. Temp. normal. 22. VI. 0,3 Novosalvarsan. 24. VI. Anschwellung abnehmend. 25. VI. 0,3 Novosalvarsan. 27. VI. Kruste löst sich ab. Befinden befriedigend. 2. VII. 0,3 Novosalvarsan. Wunde geheilt. Entlassen.

Fall 3. Pat. J. Sch., 17 Jahre, Bürstenarbeiter, kam zur Klinik 3. IV. Pustula maligna an der Vorderfläche des Halses. Steife Anschwellung, den Hals gänzlich umfassend. Im Ausstrich Milzbrandbazillen +. 2. IV. 0,6 Novosalvarsan. 5. IV. weitere Anschwellung aufgehoben. 7. IV. Anschwellung abnehmend, 0,6 Novosalvarsan. 9. IV. Anschwellung geschwunden. 17. IV. Kruste löst sich ab. 21. IV. Entlassung.

Fall 4. Pat. M. B., 33 Jahre, Gerber, kam zur Klinik 6. IV. Pustula maligna an dem rechten Vorderarm. Unbedeutende Anschwellung (Milzbrandbazillen +). 6. IV. 0,6 Novosalvarsan. 9. IV. keine weitere Anschwellung. Abermals 0,6 Novosalvarsan. 11. IV. Anschwellung abgenommen. Im Ausstrich keine Milzbrandbazillen. 13. IV. Anschwellung geschwunden. Temp. normal. 14. IV. Bildung einer schwarzen Kruste. 21. IV. Kruste löst sich ab. 24. IV. Entlassung.

Fall 5. Pat. M. Sch., 40 Jahre, Gerber, kam zur Klinik 30. IV. 1928 am achten Krankheitstage. Pustula maligna an der rechten Handwurzel. In der Peripherie der Pustel bedeutende Anschwellung, auch den Vorderarm umfassend. Temp. 37,6. 30. IV. 0,6 Novoarsenobenzol. 1. V. Anschwellung abnehmend. 2. V. Temp. normal, Anschwellung verschwunden. 4. V. 0,6 Novoarsenobenzol. 6. V. Die Kruste löst sich ab. 8. V. Entlassung.

Fall 6. Pat. S. S., 28 Jahre, kam zur Klinik 9. V. am zweiten Krankheitstage. Pustula maligna am linken Zeigefinger. In der Peripherie der Pustel bedeutende Anschwellung, auch die Handwurzel umfassend. Temp. 37.6. 9. V. 0,6 Novoarsenobenzol. 10. V. Temp. 37,6. Anschwellung unverändert. 12. V. 0,6 Novoarsenobenzol. Anschwellung abnehmend. 14. V. Anschwellung verschwunden. 17. V. Kruste löst sich ab. 18. V. Entlassung.

Fall 7. Pat. S. G., 22 Jahre, Gerberin. Schwangerschaft im 8. Monat, kam zur Klinik 12. V. am zweiten Krankheitstage. Pustula maligna an der rechten Wange. Bedeutende Anschwellung, auch die Augenlider umfassend (Milzbrandbazillen +). Temp. 37,2. 12. V. 0,6 Novoarsenobenzol. 14. V. Temp. 37,6. Anschwellung abnehmend. 15. V. 0,6 Novoarsenobenzol. 17. V. Temp. normal. Anschwellung verschwunden. 22. V. 0,6 Novoarsenobenzol. 23. V. Kruste löst sich ab. 25. V. Entlassung.

Digitized by Google

Fälle 8 und 9 möchte ich genauer besprechen, da dieselben zur Milzbrandsepsis gehören.

Fall 8. Pat. P. P., 34 Jahre, Gerber, meldete sich 28. XII. 1927 am 4. Krankheitstage. Pustula maligna der rechten Gesichtsseite auf der Lippenlinie, 3×3 cm groß. Im Umkreis der Pustel bedeutende Anschwellung, umfassend das ganze Augenbrauengebiet, die Augenlider, die Wange, den Nasenflügel und teilweise den Hals. Das Auge geschlossen. Haut stark gespannt. Submaxillare und Halsdrüsen vergrößert. Temp. 39°. Allgemeine Schwäche, Zunge trocken, Atem erschwert. Im Eiterausstriche Milzbrandbazillen +. Urin normal, Hb. 90%, Er. 5400000, L. 6200. Leukozytäre Formel: 40% Lymphozyten, 6% Eosinophile, 54% Neutrophile. In Blutausstrichen (Färbung nach Giemsa) Milzbrandstäbchen einzeln, auch in kleinen Ketten. 28. XII. intravenös 0,6 Novosalvarsan, innerlich Digitalis. 29. XII. Temp. morgens 37,2, abends 38,6. 30. XII. Schwellung abnehmend, Auge allmählich geöffnet. Temp. morgens 36,6, abends 38. Intravenös 0,6 Novosalvarsan. 31. XII. Anschwellung schwindet, Auge gut geöffnet. In den Blutausstrichen keine Stäbchen vorgefunden, im Ulkusausstrich einzelne Bruchstücke schon zugrunde gehender Stäbchen. 4. I. Ulkus vollständig abgeflacht. Temp. 36,2—37,3. Intravenös 0,6 Novosalvarsan. 6. I. im Ausstrich des Ulkus keine Stäbchen. 9. I. Rand des Ulkus epithelisiert. 11. I. 0,6 Novosalvarsan. 13. I. Rand vollständig platt. Kruste losgelöst, eine unbedeutende Narbe hinterlassend. Entlassung.

Fall 9. Kranker J. Sch., 42 Jahre, Bediensteter des Krankenhauses, kam in die Klinik am 7. II. Seit 2 Tagen erkrankt. Die Ansteckung geschah von einem neuen Schafspelz. Durch bakteriologische Untersuchung wurden im Kragen des Pelzes Milzbrandstäbchen gefunden. An der linken Wange, am Hals angrenzend eine kleine Pustel mit tiefrotem, eingefallenem Zentrum und kleinen, serös-eiternden Bläschen auf rotem Saum sitzend. In der Peripherie des Ulkus Haut angeschwollen, gespannt. Temp. normal. Im Ausstrich Milzbrandbazillen +. 0,6 Novosalvarsan. 8. II. Anschwellung größer bis zur 1. Rippe. 9. II. Anschwellung geht weiter bis an die 4. Rippe. Atem erschwert. Herztätigkeit zum Teil gestört. Temp. morgens 38,4, abends 39,2. Da der Kranke ein Alkoholiker ist, wird ihm Alkohol verabreicht, 0,9 Novosalvarsan. Anschwellung unverändert. Im Blut Milzbrandbazillen kulturell nachgewiesen. Mit der gewonnenen Kultur geimpfte weiße Maus ging in einigen Tagen ein und in deren Milz wurden Milzbrandbazillen gefunden. 11. II. Anschwellung kam zum Stillstand. Temp. 37,8—38,2. 13. II. Anschwellung begann abzunehmen, das Auge geöffnet, Atem erleichtert, Temp. normal. Blutimpfung auf Zuckerbouillon ergibt unbedeutenden Wuchs von Milzbrandstäbchen. 14. II. Anschwellung weiter abnehmend, es bildet sich ein gangränöser Schorf von 3×3 cm, Temp. normal. 15. II. Anschwellung weiter abgenommen, Appetit befriedigend, Temp. normal. 17. II. Der Schorf beginnt einzutrocknen und in Größe abzunehmen. Blutimpfung steril. 0,75 Novosalvarsan, Temp. normal, Anschwellung verschwunden. In der Gegend der linken Wange, des linken Ohrläppchens und an der Brust furunkelartige Anschwellungen, die einigermaßen an Milzbrandpusteln erinnern. Bakteriologische Untersuchung ergibt jedoch nur Kokken, keine Bazillen. 23. II. Die Anschwellung am Ohr fluktuiert, eine derselben an der Brust bricht durch. Im Eiter keine Milzbrandbazillen. Blutimpfung wiederum steril, Abendtemperatur 38,4. Die Anschwellung am Ohr bricht durch. Im Eiter nur Kokken. 0,6 Novosalvarsan. 25. II. Schmerzen und Stiche in der linken Brustseite. 27. II. Temp. 37,8—38,8. Dämpfung über dem linken unteren Lungenlappen. Krupöse Pneumonie, Puls gespannt, beschleunigt. Im Auswurf Fränkelsche Diplokokken, keine Milzbrandstäbchen. 28. II. Der pneumonische Prozeß nimmt weiteren Verlauf, Erlahmung der Herztätigkeit, Bewußtsein getrübt. Anschwellung am anfänglichen Herd ganz verschwunden. Überimpfung des Auswurfs an eine weiße Maus blieb resultatlos. 29. II. Exitus.

Bedenkt man, daß auch in diesem schweren Falle beinahe seit einer Woche die Temperatur normal blieb, daß die Blutimpfungen steril blieben, in den Ulkusausscheidungen keine Bazillen zu finden waren, die Anschwellung gänzlich abgenommen hatte, der Prozeß sich im Stadium der Heilung schon befand und im Auswurf keine Bazillen vorzufinden waren, so muß man zugeben, daß die Salvarsantherapie vollständig zur Beseitigung der Milzbrandsepsis beigetragen hat und nur die Pneumonie den Tod herbeigeführt hat.

Nachstehende Tabelle illustriert die Erfolge der Salvarsantherapie.

Digitized by Google

Autor	Zahl der Fälle	Lokalisation	Rusultat
Becker	3	1 Vorderschulter, 2 nicht angegeben	Alle 3 Milzbrandsepsis, 1 Genesung, 2 Exitus letalis
Bettmann . . .	2	Vorderschulter und Finger	Genesung
Mokrzencki . . .	1	am Hals	„
Jimenez	1	unteres Kinn	„
Grasser	54	nicht angegeben	50 Genesung, 4 Todesfälle
Rosenthal, S. K. .	2	Gesicht und Handwurzel	Genesung
Ujmanoff . . .	3	nicht angegeben	„
Rabinowitz . . .	5	„ „	„
Meschtschaninoff	21	7 Gesicht, 10 Hals, 4 Extremität	20 Genesung, 1 Exitus letalis
Glijer	13	10 Gesicht, 1 Unterlid, 2 Extremität	12 „ 1 „ „

Es ist also der unbestreitbare Erfolg der Salvarsantherapie bei Milzbrand zu konstatieren, wobei die Sterblichkeit nur 6,5% beträgt. In unseren 6 Fällen von Milzbrand hatte die Salvarsantherapie auch einen überaus günstigen Erfolg zu verzeichnen.

Wie ist nun die Wirkung des Salvarsans auf die Milzbrandbazillen zu erklären?

Mühlens hebt die Theorie der indizierten Wirkung des Salvarsans bei vielen Infektionen hervor. Auf Grund dieser Theorie wirkt das Salvarsan als Stimulans, das die Immunkräfte des Organismus zur Bekämpfung der Infektion anregt. Jermiloff dagegen hat experimentell gezeigt, daß Salvarsan auf die Bouillonkulturen der Milzbrandbazillen eine sterilisierende Wirkung ausübt, indem zunächst der Vermehrung des Virus Einhalt gemacht wird, im weiteren aber erfolgt Destruktion der Bakterienkörper, wobei das Protoplasma der Bakterien zunächst schwach gefärbt erscheint (Zellenschatten). Alsdann kommt es zur bakteriolytischen Einwirkung des Salvarsans auf die Milzbrandbazillen. Allerdings hat Salvarsan in denselben Dosen und Konzentrationen aber in Bedingungen des Blutnährbodens, besonders im Blutstrom des Menschen, wo auch Erythrozyten in Betracht kommen, eine schwächere Wirkung. Diese Schutzfähigkeit des Blutes kann jedoch durch Erhöhung der Salvarsandosierung durchbrochen werden. Dieser Umstand ist in septischen Fällen in Betracht zu ziehen.

Literatur

1. Scollo, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 18, S. 664. — 2. Petroseni, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 19, S. 402. — 3. Prat, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 11, S. 321. — 4. Mira, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 2, S. 414. — 5. Regan, Bd. 3, S. 370. — 6. Spasski, Wratschebnaja Gazeta, 1923, Nr. 1 u. 2. — 7. Becker, D. m. W., 1911, Nr. 51. — 8. Bettmann, D. m. W., 1912, Nr. 8. — 9. Sainz de Aja, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 8, S. 347. — 10. Mokrzecky, M. m. W., 1913, Nr. 20. — 11. S. K. Rosenthal, Wratschebnoje Djelo, 1920, Nr. 7. u. 8. — 12. Gussieff, Wratschebnaja Gaseta, 1923, Nr. 19 u. 20. — 13. Martinoff, Westnik chirurgii i pograniznich oblastei, 1925, Nr. 12. — 14. Meschtschaniroff, Wratschebnoje Djelo, 1926, Nr. 23. — 15. Ujmanoff, Wratschebnoje Djelo, 1925, Nr. 21. — 16. Grasser, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 12, S. 465. — 17. Jimenez, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 2, S. 414. — 18. Rabinowitz, Wratschebnoje Djelo, 1925, Nr. 22 u. 23. — 19. Glyjer, Wratschebnoje Djelo, 1927, Nr. 23 u. 24. — 20. Jermilloff, Profilaktizeskaja Medizina, 1925, Nr. 3.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Joseph-Universität in Szeged (Ungarn) (Vorstand: Prof. Dr. F. v. Poór)

Zur Therapie des Hautsoor

Von

Priv.-Doz. Dr. K. v. Berde, Adjunkt der Klinik

Die Erkenntnis der Tatsache, daß das Oidium albicans (Beck, Ibrahim, Kaufmann-Wolf) und andere diesem mehr oder weniger ähnliche Faden- und Hefepilze (Fabry) unter günstigen Nährbodenverhältnissen auf der Oberfläche der Haut hartnäckige, recht unangenehme und ausgebreitete Entzündungen hervorrufen können, blieb nicht lange eine bloß theoretische Wahrheit. Die Diagnostik machte sich diese Entdeckung sehr bald zunutze: durch den leichten Nachweis der in pathologischen Produkten reichlich vorhandenen Pilzelemente gelang es alsbald, diese Krankheit von anderen äußerlich sehr ähnlichen, aber nicht durch Pilze erzeugten Krankheiten abzusondern (Ekzem, Intertrigo, Dyshidrose, Impetigo, Pruritus usw.). Als natürliche Folge besserten sich auch die therapeutischen Ergebnisse. Neben der Anwendung spezieller Desinfizientien und der spezifischen Therapie konnte man nun zur Ausarbeitung einer symptomatischen Methode schreiten, welche sich auf die Kenntnis gewisser Eigenschaften der Erreger stützt und teils aus prophylaktischen Maßnahmen, teils darin besteht, daß der Nährboden der Pilze verändert wird, womit man rasche und gründliche Heilerfolge erreicht.

Da die in den pathologischen Produkten dieser ein sonst einheitliches klinisches Bild darbietenden Krankheit gefundenen, als Erreger anerkannten Pilzarten neben zahlreichen gleichen oder ähnlichen Eigenschaften oft morphologische oder biologische Unterschiede aufweisen, konnten sich die mit diesem Krankheitsbild und mit seinen Erregern befassenden Forscher auf Grund der heutigen morphologischen Kenntnisse über die Benennung dieser Krankheit noch nicht einigen. Der Unzulänglichkeit unserer mykologischen Methoden ist es zuzuschreiben, daß uns bis heute auch eine Bezeichnung fehlt, welche die ätiologischen Verhältnisse dieser Krankheit in botanischem Sinne auf exakte Weise zum Ausdruck bringt; während also ein Teil der Forscher in jedem Falle das Oidium albicans für den Erreger ansieht und die Krankheit daher „Hautsoor" nennt (Kumer, Alexander usw.), wird von anderen der Erreger für einen Hefepilz gehalten und daher für die Krankheit der Name „oberflächliche Blastomykose" vorgeschlagen (Fabry, Buschke). Das Wesen dieser Frage wurde von mir anderen Orts[1]) besprochen, aber ebendort betont, daß eine derart feine Differenzierung für die Praxis des Alltags heute noch keine Bedeutung hat. Vom Standpunkt der praktischen Therapie hat man vor allem darauf besonderes Gewicht zu legen, daß diese häufige und mit anderen Krankheitsbildern leicht zu verwechselnde Erkrankung durch eine lange Reihe von Pilzarten hervorgerufen werden kann. Die einzelnen Glieder dieser Reihe zeigen zahlreiche Übergänge, die höchste Stufe nehmen das Oidium und seine nächsten Verwandten ein, die niedrigste, ihren morphologischen Eigenschaften gemäß, die primitiven Hefepilze.

Die Krankheit befällt bloß ausnahmsweise die ganze Oberfläche oder trockene, der Luft und Sonne ausgesetzte Gebiete der Haut. Diese Form findet sich nur unter ganz besonderen äußeren und inneren Bedingungen (E. Klopstock, Miescher). Ebenso werden die Nägel nur äußerst selten von dieser Krankheit befallen (Forbes, Pellier, Frey, Engelhardt, Brackertz usw.). Ihre Prädilektionsstellen sind die natürlichen Falten und Nischen der Haut, also jene Teile der Oberfläche des Körpers, wo die Hornschicht schon physiologisch feucht und warm ist, und wo zur Retention der Schweißsekretion und zum Wundreiben alle Bedingungen gegeben sind (Kumer). Andere Gebiete der Haut können dann für

[1]) Ref. Derm. W., Bd. 84, S. 858. — Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrkh., Bd. 24, S. 243.

Digitized by Google

die Entstehung der Krankheit geeignet werden, wenn durch künstliche Eingriffe, die Kleidung, Beschäftigung, therapeutische Verfahren (Umschläge, Dauerbad), krankhafte Zustände (Fieber, starker Schweiß) oder konstitutionelle Umstände die Hornschicht daselbst wundgerieben ist. Von konstitutionellen Eigenschaften prädisponieren insbesondere reichliche Schweißabsonderung und Verfettung (Hängebauch, -brust) zum Haften der Krankheit an Stellen, die unter normalen Verhältnissen verschont bleiben. Endlich sind noch drei prädisponierende Momente bekannt: der Diabetes (Ehrmann und Spielhoff), die Schwangerschaft (Hausmann) und allgemeine Unterernährtheit der Säuglinge.

Das klinische Bild der Erkrankung kann den in der Dermatologie weniger bewanderten Arzt leicht irreführen, obzwar die genauere Betrachtung der Hautveränderungen schon bei der klinischen Untersuchung genügend Anhaltspunkte für die richtige Diagnose liefert. Diesbezüglich sei auf die Arbeiten von Kumer, Fabry und Alexander verwiesen. Mikroskopisch lassen sich die Pilzelemente in den Hautschuppen natürlich sofort zweifellos nachweisen.

Neben dem charakteristischen klinischen Bild wird der reichliche Pilzbefund in der Praxis des Alltags wohl meist hinlänglich genügen. Alexander fordert allerdings auch noch das Gelingen der Kultivierung. Zu diesem Zwecke werden zahlreiche kleine Epithelstückchen auf Maltoseagar gezüchtet, aus jedem dieser soll dann eine Oidium- bzw. Hefepilzkolonie aufgehen.

Es kommt nicht selten vor, daß diese eigenartige Erkrankung der Haut bloß als Nebenbefund bemerkt wird. Insbesondere bei Diabetes wird diese Krankheit oft zufällig angetroffen. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Leiden ist so eng, daß so mancher Autor erwähnt, was ich auch selbst öfters zu beobachten Gelegenheit hatte, daß entweder ein vorhandener Diabetes bei genauerer Untersuchung des Kranken auch die Erkrankung der Haut bemerken läßt, oder aber, was noch wichtiger ist, ein Hautsoor führt bei gründlicher Forschung nach der Ätiologie zu der Entdeckung des Diabetes, von dessen Bestehen der Kranke bis dahin gar nichts wußte. Man soll es sich daher zum Prinzip machen, in jedem Falle von Hautsoor, insbesondere bei dessen Lokalisation in der Genitalgegend, nach Zuckerkrankheit zu forschen. Auf der anderen Seite führen nicht selten Beschwerden weiblicher Kranker, welche in die Gegend des äußeren Genitale lokalisiert werden, zu dem Erkennen katarrhalischer Erkrankungen der Vulva bzw. der Vagina, die durch den Soorpilz hervorgerufen werden können.

An dem Krankenmaterial unserer Klinik beobachte ich seit Jahren die klinischen und mykologischen Verhältnisse dieser Krankheit; die dieser Arbeit zugrunde liegenden Beobachtungen beziehen sich auf 40 derartige Kranke, welche sich folgendermaßen verteilen:

Lokalisation der Erkrankung	Zahl der Fälle Männer	Frauen
Ano-Genitalgegend	5	8
Zwischen den Zehen	6	3
Zwischen den Fingern	1	5
Achselhöhle	3	1
Präputiumspalt	2	—
Mammafalte	—	1
In mehreren Falten auf einmal, die Ano-Genitalgegend stets inbegriffen	2	3
Zusammen	19	21
Diabetes war vorhanden	2	6
Fettleibigkeit war vorhanden	6	6
Hängebauch	—	2
Hängebrust	—	2
Lebensalter: unter 40 Jahren	8	4
über 40 Jahre	11	17

Aus obiger Zusammenstellung lassen sich einige charakteristische Merkmale des Hautsoor erkennen.

Digitized by Google

Die Ansicht zahlreicher Autoren, daß diese Krankheit das weibliche Geschlecht häufiger befällt, kann ich nach meinen Beobachtungen nicht bestätigen. Wie es scheint, zeigen die Männer — vielleicht infolge schwerer Beschuhung und schwererer körperlicher Arbeit — eine größere lokale Disposition zur Erkrankung der Gegend zwischen den Zehen, während Frauen — wahrscheinlich wegen häufigerer Berührung der Hände mit Wasser — eher an den Händen (zwischen den Fingern, insbesondere zwischen dem 3. und 4. Finger) erkranken. Die größere Disposition dieses Zwischenfingerraumes hat offenbar eine anatomische und philogenetische Begründung (BOAS, WEIDENREICH). Die häufigste Lokalisation bei beiden Geschlechtern ist aber entschieden die anogenitale Gegend. Es ist dies diejenige natürliche Hautfalte, in welcher Wundreibungen am öftesten vorkommen. Ferner kann man bei beiden Geschlechtern — abgesehen vom Säuglingsalter — ein Zunehmen der Disposition mit zunehmendem Alter beobachten, wohl wegen der größeren Häufigkeit der Fettleibigkeit und Zuckerkrankheit. Letztere wurde unter meinen Fällen 8mal angetroffen (20%), von diesen wurden drei Kranke erst durch die Hautaffektion bzw. durch die damit verbundene Untersuchung auf ihren Diabetes aufmerksam gemacht. Die meisten unserer Kranken standen schon vor ihrer Aufnahme an die Klinik in ärztlicher Behandlung, doch wurde bloß ein Fall mit richtiger Diagnose der Klinik überwiesen.

Da wir nun wissen, daß wir es mit einer Pilzerkrankung zu tun haben, scheint nichts näherliegend, als die seit Jahrzehnten bewährten antimykotischen Mittel auch bei der Behandlung dieser Fälle anzuwenden. Wollte man sich aber mit einer derartigen Behandlung begnügen, so wird man sich schon nach wenigen Fällen davon überzeugen, daß bei der Therapie dieser Krankheit neben den alten antimykotischen Methoden — oft sogar mit Vermeidung dieser — die Anwendung ganz spezieller Verfahren notwendig ist. Nach den Angaben der internationalen Literatur wird zwar von den meisten Autoren, die sich mit dieser Frage befassen, die lokale Anwendung der mykoziden Mittel für die wichtigste Aufgabe gehalten: Salizylsäure (MIESCHER. MITCHELL, STICKEL), Hg-Salizyl, Benzoesäure, Sublimat (CASTELLANI), Chrysarobin (LOMBARDO, PETGES, FINSEN), Argentum nitr. (FABRY, MECKEL, PIERANGELI), Protargol (SASAMOTO), Jod (MECKEL, KUMER, MITCHELL, PETGES. M. LANG, ODLAND, FINSEN), Schwefel (WALKER, MIESCHER), Unguentum Wilkinson-i (KUMER), Cu. sulf. (MITCHELL, PETGES, SENAR, WIEN, BEESON). Zinc. sulf. (WALKER, PETGES), Resorcin (BENEDEK, M. LANG), Ichthyol (WALKER), Arningtinktur (FELDEN), Methylenblau (FONTOYNONT und SALVAT). Kristallviolett oder Brillantgrün (MICHELSOHN), Borsäure (WALKER) usw. in wässeriger oder alkoholischer Lösung als Einpinselungen, in wässeriger Lösung als Umschlag, als Salbe oder Streupulver. Zweifellos sind alle diese Mittel imstande, in vitro oder auf dem erkrankten Gebiet die Pilze mehr oder weniger gründlich zu vernichten, dies bedeutet aber durchaus nicht zugleich in jedem Falle die Heilung der Krankheit. Einerseits werden nicht immer alle Pilze getötet, andererseits werden die Verhältnisse des natürlichen Nährbodens nur zur Zeit der Anwendung des Mittels, in allgemeiner Beziehung aber gar nicht beeinflußt; die Krankheit wird daher — wenn auch in gelinderer Form — weiter bestehen, oder aber es kommt, da sich die lokalen und allgemeinen Umstände des Kranken nicht verändert haben, die Möglichkeit einer Infektion aus seiner Umgebung aber unverändert vorhanden ist, in kurzer Zeit zu einem Rezidiv. Die Verhältnisse liegen hier bei weitem nicht so einfach wie bei der Trichophytiasis oder bei der Epidermophytiasis. Noch ein Fehler haftet der lokalen Anwendung der Desinfizientien an, und das ist eine recht unangenehme Nebenerscheinung: Die meisten dieser Mittel gelangen in alkoholischer Lösung zur Verwendung; das Auftragen einer alkoholischen Lösung auf die der Hornschicht baren — oder auch noch stärker geschädigten — Hautstellen verursacht nicht bloß ein oft sehr schmerzhaftes Brennen, sondern in manchen Fällen auch eine recht unangenehme Dermatitis (Genitale-Jod!). Ein anderer Teil der Desinfizientien färbt Haut und Wäsche so intensiv, daß ihre Anwendung aus materiellen und auch ethischen Gründen nicht möglich ist. Die Verwendung einiger Mittel als feuchter Umschlag hat die unangenehme Folge, daß dadurch einesteils die Mazeration gesteigert wird, andererseits kommt es direkt durch das angewendete Medikament oder als dessen indirekte Folge auf dem erkrankten Gebiete zu einer sauren Reaktion, diese ist aber gerade eine wichtige Lebensbedingung der krankheitserregenden Pilze. BIBERSTEIN und GRÜNMANDEL sahen das Leiden unter einem

Digitized by Google

Aluminiumazetat, Kumer unter einem Burowumschlag entstehen, ich selbst sah eine Verschlechterung bei Anwendung eines Verbandes mit 3%iger Borlösung.

Von den verschiedenen physikalischen Methoden wird von Shelmire die Radiumbehandlung als souveränes Mittel erwähnt, während Odland von der Röntgenbestrahlung Erfolge sah. Bezüglich Radium fehlt mir die persönliche Erfahrung, von der juckreizstillenden Wirkung der Röntgenbestrahlung konnte ich mich zwar öfters überzeugen, doch kann man auch diese nicht als alleinige Behandlungsmethode hinstellen.

Fischl stellte schon vor Jahrzehnten die Behauptung auf, daß die Soorpilze deshalb pathogen werden, weil die Alkalizität der Säfte des Organismus vermindert ist. Diese Annahme wird durch die Tatsache unterstützt, daß bei Diabetes nicht nur der Hautsoor auffallend häufig auftritt, sondern sehr oft auch der Soor der urogenitalen Schleimhaut (Frey). Zur Umstimmung des Chemismus des Organismus will Cordey nicht bloß lokal Natrium bicarbonicum anwenden, sondern läßt dieses Mittel auch per os in großen Mengen einnehmen. Jaubert und Goy (und nach ihnen auch andere) versuchten ebenfalls den allgemeinen Chemismus des Organismus zu beeinflussen, und zwar in immunbiologischem Sinne, indem sie von dem erkrankten Gebiete eine Pilzkultur züchteten und aus dieser eine Autovakzine bereiteten. M. Steiner befolgt ein ähnliches Prinzip, indem er seinen Kranken einen Hefeextrakt einnehmen läßt, obzwar er seine Erfolge der Wirkung des Vitamin C zuschreibt.

An dem Krankenmaterial unserer Klinik haben wir von den angeführten Heilverfahren alle jene angewandt, die unter unseren Verhältnissen durchführbar waren, bald mußten wir aber einsehen, daß bei dieser Krankheit, wie ja in der Hauttherapie im allgemeinen die weitgehendste Individualisierung notwendig ist. Von keinem der vielen angewandten Mittel ist eine Wirksamkeit in jedem Falle zu erwarten, hingegen hatten wir den Eindruck, daß eine gründliche Heilung dieser Krankheit überhaupt nicht mit Hilfe eines bzw. einer Gruppe von Mitteln möglich ist, sondern daß nur die Einhaltung dreier wichtiger Grundprinzipe und deren individuelle Anwendung einen sicheren Erfolg in jedem Falle zu gewähren imstande sein kann. Vor allem ist bei dem Auftreten der Krankheit mit einer persönlichen Disposition zu rechnen, welche entweder auf einer pathologischen Veränderung des Gesamtchemismus des Organismus oder auf außergewöhnlichen lokalen Umständen beruht. Erstere kann bedingt sein durch die Zuckerkrankheit, die Schwangerschaft oder, insbesondere bei Säuglingen, durch kachektische Zustände, die letzteren durch Fettleibigkeit, Hängebauch oder Hängebrust, abnorme Schweißabsonderung oder endlich durch Beschäftigungen, die die häufige Berührung einzelner Hautpartien mit Wasser mit sich bringen. Die Bekämpfung dieser prädisponierenden Momente stellt den Arzt vor eine lange Reihe von Aufgaben, bei deren Vernachlässigung die bloß lokal angewandte Behandlung oft nur vorübergehende Erfolge zeitigt. Die zu befolgende individuelle allgemeine Behandlung besteht teils in diätetischen (Diabetes, Fettsucht), teils in pharmakeutischen (Atropin, Agarizin) Vorschriften, oft aber ist der Arzt genötigt, in das Privatleben des Kranken einzugreifen, wenn es sich darum handelt, gewisse Beschäftigungen (Kochen, Waschen) zu meiden, sich an einem trockenen Ort aufzuhalten, oft muß der Arzt dem Kranken bezüglich der Körper- und Fußbekleidung ungewohnte Vorschriften machen (Barfußgehen usw.). Die schwerste Sorge bereitet uns meist der Hängebauch bzw. die Hängebrust, da sich zu einer radikalen Beseitigung dieser Zustände selten Gelegenheit findet.

Ein anderes Grundprinzip ist die künstliche Umstimmung des Milieus an der erkrankten Stelle sowohl in physikalischem als auch im chemischen Sinne. Als erstes soll die erkrankte Hautstelle getrocknet werden. Zu diesem Zwecke wird die Hautfalte freigelegt, ihre Ränder auseinander gezogen, trocken abgewischt und mehrmals täglich entweder auf einfache Weise mit einem Fächer oder, wenn möglich, mit einem Ventilator $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde lang gelüftet. Diese Manipulation bereitet natürlich dem bettlägerigen Kranken weniger Schwierigkeiten als dem Kranken, der seiner alltäglichen Beschäftigung nachgeht, wie dies ja bei der Mehrzahl der Fall ist; dennoch soll man die Kranken dazu anhalten, diese Lüftung womöglich vorzunehmen, da schon dadurch der Heilungsvorgang erheblich beschleunigt wird. Unterstützt wird dieses Verfahren durch eine tägliche Quarzbestrahlung der erkrankten Hautstelle in steigenden Tagesdosen von 5—20 Minuten. Zur Behebung des pein-

Digitized by Google

lichen Juckens hat sich die Röntgenbestrahlung (ein- bis zweimal ½—¾ HED) gut bewährt. Außerdem soll der Kranke in der Hautfalte eine mehrfache Lage Gaze tragen, damit das Reiben der beiden Hautflächen verhindert und die Schweißaufsaugung gefördert werde. Die Gaze ermöglicht auch das Haftenbleiben der verwendeten Medikamente.

Durch diese Trockenhaltung der erkrankten Hautpartie allein wird schon das Milieu vom Standpunkt der Lebensbedingungen der Pilze in chemischer und physikalischer Richtung wesentlich beeinflußt. Während dieses Verfahren z. B. bei der einfachen Intertrigo allein auch die Heilung herbeiführen kann, sind bei dem Hautsoor noch andere Mittel anzuwenden. Von den zu Gebote stehenden Arzneien wäre das Formalin dasjenige, welches einerseits die Schweißabsonderung wesentlich vermindert, andererseits auch die Pilze zu töten imstande ist. Leider wird aber dieses Mittel an den zu Beginn der Erkrankung meist wundgeriebenen Hautflächen, außerdem in der Anogenitalgegend (wie die Jodtinktur) auch in starker Verdünnung nicht vertragen. Zur Veränderung des Milieus — der Hauptzweck ist die Alkalisierung — eignet sich meiner Erfahrung nach am besten Borax zu 5—10% mit Zincum oxyd.-Talcum vermengt als Streupulver, welches auch auf entzündeten Hautstellen gut vertragen wird. Dieses weiße Pulver, welches Haut und Wäsche natürlich nicht färbt, wirkt schon als schützender Überzug, sein eigentlicher günstiger Einfluß liegt aber in seiner mäßig alkalisierenden Wirkung. Bei meinen Untersuchungen fand ich, daß Borax auch dann, wenn davon der Nährboden bloß ¼% enthält, das Wachstum der Pilze wesentlich hemmt. Irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen waren bei Anwendung dieses Mittels niemals zu sehen, und seit ich es verwende, war ich außer der Behandlung der allgemeinen Ursachen und der Trockenhaltung der erkrankten Hautpartie niemals genötigt, auch noch zu anderen Medikamenten zu greifen. Borax wird als Umschlag — in 1 bis 3%iger wässeriger Lösung — auch im nässenden Stadium gut vertragen und kann später auch als Salbe — 3—5% mit Zinköl — erfolgreich verwendet werden. Die Pilze selbst werden durch Borax nicht vernichtet, geschweige denn ihre Sporen. Seine Wirkung ist nach HAHN — insofern es sich um das Oidium handelt — damit zu erklären, daß durch die Alkalisierung die Oberflächenaktivität des Milieus herabgesetzt wird, wodurch der Pilz aufhört Fäden zu produzieren und bloß apathogene Konidien erzeugt. Auf die Einwirkung des Borax wird die Entwicklung der Pilze unterbrochen und bei Fernhaltung anderer schädlichen Momente geht die Heilung genau so ihren Weg — wegen der Möglichkeit des Trockenhaltens sogar noch rascher wie bei dem Soor der Mundschleimhaut, wo Borax bekanntlich schon seit Jahrzehnten mit Erfolg angewandt wird.

Bei einem geringen Teile der Erkrankungen wird es notwendig, daß sich die Behandlung auch auf die direkte Vernichtung der Pilze erstrecke. Wenn unter den an unserer Klinik genau beobachteten Fällen zwar selten, aber dennoch, solche zu finden waren, bei denen trotz Einhaltung sämtlicher Vorschriften die Krankheit nicht schwinden wollte, glaube ich diesen Umstand eher dem eigenartigen Verhalten des betreffenden Organismus als den Eigenschaften des betreffenden Pilzstammes zuschreiben zu sollen, obzwar allerdings auch letztere Möglichkeit in Betracht kommt. Wie weiter oben gesagt wurde, handelt es sich bei den Erregern des Hautsoor weder morphologisch noch biologisch um eine einheitliche Pilzart, es wäre daher anzunehmen, daß auch das durch diese Erreger erzeugte Krankheitsbild in seiner therapeutischen Beeinflußbarkeit Verschiedenheiten aufweise. Im Laufe meiner Untersuchungen konnte ich Fälle finden, bei denen das Wachstum der von der erkrankten Haut gezüchteten Pilze durch Borax in vitro gehemmt wurde, die Krankheit aber dennoch nicht auf die Boraxbehandlung allein heilte, sondern erst nach der Anwendung von Salizylsäure (2—3% Streupulver oder Zinköl) bzw. verdünnter Jodtinktur (1 Teil Tinct. J., 2 Teile Spir. v. rect.). Über meine Auffassung, daß bei Pilzerkrankungen der Hautoberfläche die Heilwirkung der Desinfizientien nicht immer eben auf der Vernichtung der Pilze beruhe, sondern auf einer durch das Mittel in der Haut hervorgerufenen Reaktion verschiedener Richtung, sprach ich schon an anderer Stelle[1]). Nur bei Beachtung dieses Umstandes läßt sich die Tatsache erklären, daß bei einigen unserer Erkrankungen außer der Trockenlegung, der Alkalisation usw. auch noch die Anwendung mykozider Mittel notwendig war,

[1]) Derm. W., Bd. 81, S. 1263.

Digitized by Google

die außerdem auch noch von gerbender, keratolytischer oder desquammierender Wirkung sind. Diesbezüglich steht uns eine große Reihe von Desinfizientien zur Verfügung, von denen ich die bei dieser Krankheit erprobten schon oben erwähnt habe. Keinesfalls ist es ratsam, die Behandlung der Krankheit gleich mit diesen zu beginnen, insbesondere dann nicht, wenn das erkrankte Gebiet entzündet ist, stärker näßt, wundgerieben ist usw. Die stark wirkenden, die Haut reizenden mykoziden Mittel kommen dann in Betracht, wenn auf die oben beschriebene milde Methode des Trockenhaltens, Alkalisierens usw. die Erscheinungen zwar an Intensität nachlassen, die Krankheit selbst aber nicht vollständig zum Schwinden gebracht werden kann. In der Gegend zwischen den Zehen kann uns die alte Hebrasalbe sehr gute Dienste leisten. Hier werden mit der Salbe bestrichene Gazestückchen ständig zwischen den Zehen belassen.

In Anbetracht der Ätiologie und Pathogenese der Krankheit gilt das von der Therapie gesagte auch für die Prophylaxe. Da die Erreger der Krankheit das Oidium bzw. die Hefepilze in der Umgebung des Menschen stets vorhanden sind, können sie unter geeigneten Umständen an der Haut haften bleiben und zur Entstehung der genannten Veränderungen führen. Jedes Individuum, bei dem dieses Krankheitsbild einmal bestand oder noch in irgend einer Hautfalte besteht, ist vor einer neueren Ansiedlung der Pilze bzw. vor ihrer Verbreitung auf andere Körperstellen zu schützen. Die einfachste Prophylaxe ist die Einhaltung der diätetischen und allgemeinen Maßregeln, außerdem das ständige Trockenhalten und Alkalisieren der Prädilektionsstellen nach den oben skizzierten Vorschriften. Das Trockenhalten der einmal krank gewesenen Hautstellen und auch sämtlicher anderer in Betracht kommenden Hautfalten, sowie das tägliche Bestreuen dieser Stellen mit Boraxstreupulver ist ein Verfahren, welches nach meiner bisherigen Erfahrung alle unter meiner Beobachtung gestandenen Kranken vor dem Auftreten der Rezidive bzw. vor der Weiterverbreitung der Krankheit auf andere Gebiete durch Jahre hindurch bewahrte.

Literatur

Beck, Unna-Festschrift, Bd. 1. — Ibrahim, Arch. f. Kindhlk., Bd. 55. — Kaufmann-Wolf, Derm. Zschr., Bd. 21. — Kaufmann-Wolf, Derm. Zschr., Bd. 22. — Fabry, M. m. W., 1917, Nr. 48. — Kumer, Arch. f. Derm., Bd. 140. — Alexander, Derm. W., 1922. — Buschke und Rosenbaum, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 13. — E. Klopstock, Arch. f. Derm., Bd. 149. — Miescher, Derm. W., 1921, Nr. 49. — Forbes und Pellier, zit. nach Kumer. — Engelhardt und Brackertz, Derm. W., 1926, Nr. 5. — Ehrmann und Spiethoff, zit. nach Buschke. — B. Epstein, Jahrbuch f. Kindhlk., Bd. 104. — Hausmann, zit. nach Epstein. — Boas und Weidenreich, zit. nach Jessner und Kleiner, Arch. f. Derm., Bd. 149. — Mitchell, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 8. — Mitchell, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 6. — Stickel, Derm. W., 1921, Nr. 23. — Castellani, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 23. — Lombardo, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 6. — Petges, Paris méd., Jahrg. 13. — Finsen, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 14. — Meckel, Derm. W., Bd. 84. — Pierangeli, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 17. — Sasamoto, Derm. W., 1921. — M. Lang, Derm. W., Bd. 76. — Odland, Arch. of Derm., Bd. 9. — Felden, Arch. of Derm., Bd. 9. — Michelsohn, Arch. of Derm., Bd. 9. — Walker, Arch. of Derm., Bd. 13. — Senar und Wien, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 9. — Beeson, Arch. of Derm., Bd. 9. — Benedek, Derm. W., Bd. 80. — Fontoynont und Salvat, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 5. — Stäheli, zit. nach Kumer. — Biberstein und Grünmandel, Arch. f. Derm., Bd. 152. — Shelmire, Arch. of Derm., Bd. 12. — Cordey, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 9. — Fischl, zit. nach Epstein. — Frei, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 22. — Jaubert und Goy, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 12. — M. Steiner, Therapia, Jahrg. 6. — Hahn, Kolloid. Zschr., Bd. 40.

Digitized by Google

Aus dem Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt, äußere Abteilung
(Leiter: Prof. Werther)

Blut- und Liquoruntersuchungen mit der Müllerschen Ballungsreaktion

Von

Dr. med. M. Krusper, Oberarzt der Abteilung

Auf dem 14. Dermatologenkongreß 1925 gab R. Müller erstmalig seine Ballungsreaktion (MBR) bekannt; diese sollte in bezug auf Ausfallsbreite und Spezifität besondere Vorteile vor der WR und ihren zur Zeit üblichen Ergänzungsreaktionen haben. Als weiterer Gewinn wurde die Verwendbarkeit der neuen Reaktion für Liquoruntersuchungen angegeben.

Bei Zusammengabe von Luetikerserum mit Lipoidgemischen nach bestimmten Vorschriften kommt es — je nach der Beschaffenheit des Extraktes — zu verschiedenartigen Präzipitationsprozessen. Diese können subvisibel sein, wie bei der WR, und müssen dann durch einen primären (Komplement) und sekundären (hämolytisches System) Indikator sichtbar gemacht werden; andererseits kann durch verschiedenartige Extraktbeschaffenheit eine makroskopisch sichtbare Trübung, Flockung oder Ballung erzielt werden. Es handelt sich hierbei um graduelle Verschiedenheiten eines prinzipiell gleichen Vorganges. — Die Nachprüfung der MBR im Serum hat durch verschiedene Autoren stattgefunden; die Ergebnisse waren, bis auf die von Abadjieff, günstig. Merkwürdigerweise sind, soweit ich aus der mir zugänglichen Literatur ersehen konnte, die Ergebnisse der MBR im Liquor noch nicht im größeren Maßstab nachgeprüft worden; es liegen bisher nur die Untersuchungsergebnisse von R. Müller selbst an 270 Fällen und diejenigen von mir an 156 Fällen vor.

Im Jahre 1926 habe ich im Verein Dresdner Dermatologen unsere damaligen Erfahrungen mit der MBR im Blutserum mitgeteilt; diese waren sehr gut, die große Reaktionsbreite fiel auf, unspezifische Ausfälle waren nicht vorgekommen. Als besondere Vorteile buchten wir die zur Untersuchung erforderliche, geringe Serummenge und die deutliche Ablesbarkeit der Ergebnisse. Im folgenden soll über unsere Erfahrungen mit der MBR an weiteren 627 Seren berichtet werden. Wir verglichen dazu die Ergebnisse der MBR mit dem klinischen Befund und dem Ausfall der WR sowie SGR. Hierbei machte sich vorteilhaft geltend, daß in jedem Falle ein genauer klinischer Untersuchungsbefund des Patienten zur Verfügung stand. Dies ist zur Beurteilung einer neuen, serologischen Reaktion sehr wichtig, aber nicht in allen Instituten ausführbar; dies erklärt zum Teil die verschiedene Bewertung ein und derselben Methode in einem Laboratorium, das unmittelbar mit einer Klinik zusammenarbeitet, und einem solchen, bei dem dies nicht möglich ist. Je nach dem Ausfall der MBR teilten wir folgende Gruppen ein: 1. MBR und WR stimmen vollkommen überein (positiv oder negativ). Hierbei ist zu

Digitized by Google

erwähnen, daß in der vorliegenden Untersuchungsreihe kein unspezifischer Ausfall der WR vorkam. 2. Die MBR ist der WR vollkommen überlegen, d. h. sie zeigt stark positiv an bei negativer WR in Fällen sicherer Lues. 3. Die MBR ist der WR unvollkommen überlegen, d. h. stark positives Anzeigen der MBR bei schwach positiver WR in Fällen sicherer Lues. 4. MBR ist der WR unvollkommen unterlegen, d. i. das Umgekehrte von 3. 5. MBR ist der WR vollkommen unterlegen, d. i. das Umgekehrte von 2. 6. MBR „unspezifisch", d. h. die MBR zeigte positiv oder schwach positiv an, in später näher zu erörternden Fällen mit negativer WR, bei denen klinisch und anamnestisch keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen einer Syphilis vorhanden waren. In der folgenden, zahlenmäßigen Zusammenstellung wird die erwähnte Gruppeneinteilung zu den verschiedenen Krankheitszuständen in Beziehung gesetzt:

MBR im Serum, verglichen mit der WR		Lues I	L. II, florid	L. II, latent	L. III	L. cerebri	Tabes	Paralyse	L. cong.	Keine Lues	Summe	%
1. Vollkommene Übereinstimmung	+	3	99	74	5	1	2	3	7	138	194	74,64
	−	8	38	82	1	4		2	1		274	
2. Vollkommen überlegen . . .		8	38	61	5	1	1	—	—	—	114	18,18
3. Unvollkommen überlegen . .		—	11	14	—	2	1	—	—	—	28	4.47
4. Unvollkommen unterlegen . .		1	—	1	—	—	—	—	—	—	2	0,32
5. Vollkommen unterlegen . . .		1	1	2	—	—	—	—	—	—	4	0.64
6. Unspezifisch		—	—	—	—	—	—	—	—	11	11	1.75
		21	187	234	11	8	4	5	8	149	627	100

Hiernach ergibt sich: Richtiger Ausfall der MBR (1—4) in 97,61%, falscher Ausfall in 2,39%. In 18,18% aller Fälle (2) wurde durch die MBR Lues richtig (positiv) angezeigt bei versagender WR (absolute Überlegenheit). Eine unvollkommene Überlegenheit der MBR fand sich in 4,47% (3). Somit war die Überlegenheit der MBR über die WR verhältnismäßig häufig. Die Unterlegenheit (unvollkommen und vollkommen) hingegen war selten: 0,32% (4) und 0,64% (5).

„Unspezifische Ausfälle" fanden sich in 1,75%, und zwar bei folgenden Kranken:

			SGR	MBR	WR
Patient	Fi.	Tripper	−	±	−
„	Fr.	„	−	±	−
„	H.	„	−	±	−
„	B.	„	−	±	−
„	M.	„	−	±	−
„	Bae.	„	−	±	−
„	Bae.	„	−	±	−
„	Bae.	„	−	±	−
„	L.	gesund	−	±	−
„	W.	„	−	±	−
„	Fi.	„	±	±	−
					129*

Digitized by Google

Wie bereits früher erwähnt wurde, handelt es sich hier um Kranke, bei denen die übrige serologische und klinische Untersuchung keinerlei Anzeichen für das Bestehen einer Lues darbot. Daß dies kein Beweis für das Nichtbestehen einer Lues ist, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. BLUMENTHAL und JAFFÉ sahen unter 450 Seren 3 „unspezifische" Ausfälle der MBR; sie schreiben ihnen aber keine Beweiskraft für Lues zu, weil das Resultat nur schwach positiv war. — Ein positiver Ausfall ist schon ernster zu bewerten! Aus diesem Grunde ist die Deutung unserer Ergebnisse bei Pat. M., L., W. und Bae. besonders schwierig. Bei Bae. fiel sogar die Blutuntersuchung mit der MBR, in wöchentlichen Intervallen vorgenommen, zweimal positiv, ein drittes Mal schwach positiv aus! Dies erinnert an Fälle, die wir bei Nachprüfung der Doldreaktion beobachteten; auch hier zeigte das Serum eines bestimmten Kranken mit einer bestimmten Reaktion (DR) wiederholt positiv an, ohne daß Anzeichen für Syphilis vorhanden waren. Die Deutung des schwach positiven Ergebnisses bei Fi. ist insofern schwierig, als neben der MBR noch die SGR anzeigte. Es besteht also durchaus die Möglichkeit, daß bei einigen der hier genannten Fälle die MBR nur scheinbar unspezifisch, in Wirklichkeit aber überlegen anzeigte.

Zum Vergleich der Leistung der MBR mit denen der gleichzeitig vorgenommenen SGR untersuchten wir die Ergebnisse der letztgenannten Reaktion nach denselben Gesichtspunkten wie die der MBR:

SGR im Serum, verglichen mit der WR		Lues I	L. II, florid	L. II, latent	L. III	L. cerebri	Tabes	Paralyse	L. congenita	Keine Lues	Summe	%
1. Vollkommene Übereinstimmung	+	1	81	85	5	1	3		7		183	84,21
	−	11	51	124	4	6	1	2	3	143	345	
2. Vollkommen überlegen . . .		8	9	41	1	3	2	1	—	—	65	10,37
3. Unvollkommen überlegen . .		2	6	7	—	1	—	—	—	—	16	2,55
4. Unvollkommen unterlegen . .		1	8	4	—	—	—	—	—	—	13	2,07
5. Vollkomen unterlegen . . .		2	1	—	—	—	—	—	—	—	3	0.48
6. Unspezifisch		—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	0.32
		25	156	261	10	11	6	3	10	145	627	100

Richtiger Ausfall der SGR (1—4) findet sich in 99,2%, falscher Ausfall in 0,8%; das bedeutet einen Vorsprung der SGR gegenüber der MBR um 1,59%. Richtiges (positives) Anzeigen der Lues durch die SGR bei versagender WR, d. i. vollkommene Überlegenheit (2), fand sich in 10,37%; hierin ist die MBR der SGR um 7,81% überlegen. Unspezifische Ausfälle (6) kamen bei der SGR in 0,32% vor; dieser Prozentsatz ist um 1,43% günstiger als der entsprechende der MBR. Die unvollkommene und vollkommene Überlegenheit der SGR war um 9,73% niedriger als die der MBR, die entsprechende Unterlegenheit um 1,59% größer als die der MBR. — Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die MBR in un-

Digitized by Google

serer Versuchsreihe absolut und relativ die Luesfälle besser erfaßte als die SGR (9,73% besser), daß sie auf der anderen Seite öfter unspezifisch anzeigte (1,43% öfter). Die unspezifischen Ausfälle betrafen:

		SGR	MBR	WR
Patient Fi.	gesund	±	±	—
„ Wehn	Go.	+	—	—

Es schien uns von Interesse zu sein, die hier gefundenen Ergebnisse mit denen zu vergleichen, die wir in den Jahren vorher mit der DR, der MTR und der WR gemacht hatten.

Ausfall	1. Untersuchungsreihe		2. Untersuchungsreihe		Jetzige Untersuchungsreihe	
	DR %	WR %	MTR %	WR %	SGR %	MBR %
Richtiger	94,79	95,21	93,45	91,05	99,2	97,61
Unspezifischer . .	1,39	0,60	1,25	0,70	0,32	1,75
Versager	3,82	4,19	5,30	8,25	0,48	0,64

Bei dieser Einteilung in 3 Gruppen sind die Fälle vollkommener und unvollkommener Überlegenheit, sowie unvollkommener Unterlegenheit nicht besonders berücksichtigt. Daher lassen sich hieraus die vorhin erwähnten Vorteile der MBR gegenüber der SGR nicht erkennen. — Die Statistik zeigt, daß der Prozentsatz unspezifischer Ausfälle unter allen hier genannten Reaktionen, bei der MBR am größten (1,75%), bei der SGR am kleinsten (0,32%) war. Die Anzahl der Versager ist im Vergleich zu allen übrigen Reaktionen bei der SGR und MBR gering (0,48% und 0,64% — gegenüber 3,82% bis 8,25%).

Die bisherigen Veröffentlichungen über die MBR im Blutserum sind teilweise in der Arbeit von Pöhlmann (Derm. W., 1928, Bd. 86, Nr. 8) referiert. Seitdem sind noch folgende Erfahrungen bekannt geworden:

Abadjieff: Ausführung der MBR ziemlich umständlich. Empfindlichkeit bleibt hinter der der WR und Kahnschen Probe wesentlich zurück.

Wendlberger: MBR bei Primäraffekt eher positiv als WR; die MBR wird empfohlen.

Tataru und Konradi: 1224 Fälle mit WR, SGR und MBR untersucht. Keine unspezifischen Ausfälle. Lues I: 44% noch durch MBR erfaßt bei negativer WR und SGR. Lues latens: 40% noch durch MBR erfaßt bei negativer WR. MBR wird empfohlen.

Pöhlmann: 2000 Sera. Sichere Lues wurde angezeigt von der WR in 43,11%, von der SGR in 49,93%, von der MBR in 61,66%. Bei nichtluetischen Erkrankungen zeigte die MBR als einzige Reaktion positiv an in 6%.

Blumenthal und Jaffé: 400 Sera Lueskranker und 50 Sera luesfreier Patienten. Drei schwach positive, unspezifische Ausfälle. Überlegen-

Digitized by Google

heit der MBR in bezug auf Stärke des Ausfalls bei Lues gegenüber der WR in 10%, gegenüber der SGR in 8%. Entsprechende Unterlegenheit: gegenüber der WR in 1,5%, gegenüber der SGR in 2%. Überlegenheit der MBR in bezug auf alleiniges, spezifisches Anzeigen gegenüber der WR in 5,2%, gegenüber der SGR in 4%. Entsprechende Unterlegenheit: gegenüber der WR in 0,7%, gegenüber der SGR in 0,5%.

Auf Anregung von R. Müller wurden bei uns in letzter Zeit in größerem Maßstabe Liquoruntersuchungen mittels der MBR vorgenommen. Um möglichst bald zu einem Urteil über die Leistungsfähigkeit der MBR auf diesem Gebiet zu kommen, nahmen wir die Hilfe der hiesigen Städt. Heil- und Pflegeanstalt (Prof. Dr. Reiss) in Anspruch, die uns in liebenswürdiger Weise Liquoren zur Verfügung stellte; unser eigenes Material reichte dazu nicht aus.

Eine neue Liquorreaktion kann nur danach beurteilt werden, was sie im Vergleich zum Gesamtbild des Liquors leistet; letzteres setzt sich zusammen aus den Ergebnissen verschiedener Reaktionen; bei uns werden ausgeführt die Zellzählung, die Pandy-Reaktion, die Nonne-Apeltsche Reaktion, die Goldreaktion und die WR. Unter diesen zeigt nur die WR spezifisch an. Die Wertigkeit der fünf angegebenen Reaktionen ist verschieden. Eine Zellzahl über 10 Zellen pro 1 ccm zeigt — ganz allgemein — entzündliche Prozesse der Hirnhäute an; ähnliches besagt der positive Ausfall der Pandy-Reaktion; er kommt aber, nach Schönfeld, auch bei Nervengesunden vor; dadurch wird der Wert dieser Reaktion stark beeinträchtigt. Die Globulinausfällung ist genauer; in seltenen Fällen können aber auch Gesunde bei wiederholten Liquoruntersuchungen regelmäßig eine positive Phase I aufweisen (Schönfeld). Die Goldreaktion gibt bei luetischen Prozessen charakteristische Kurven ab; der Wert dieser Reaktion wird von manchen Autoren (Kyrle, Werther) sehr hoch eingeschätzt: ihr alleiniges, syphilis-charakteristisches Anzeigen gilt ihnen als Indikation zur Malariabehandlung. Die WR im Liquor ist, besonders in der Hauptmannschen Auswertung, eine sehr wichtige Reaktion. Sie tritt zeitlich als letzte aller Reaktionen auf und ist, nach Werther, bei latenten Meningealaffektionen der Früh- und Spätperiode nur ausnahmsweise positiv; bei den aktiven Herdsymptomen in der Frühzeit zeigt sie in der Hälfte, später in $^3/_4$ aller Fälle, bei Tabes in etwa der Hälfte, bei Paralyse in allen Fällen positiv an. Auf Grund ihrer Leistungsfähigkeit möchte ich WR und Goldreaktion im Liquor als voll-, die übrigen Reaktionen (Pandy, Zellen, Globuline) als halbwertig für die Diagnose Syphilis bezeichnen. Beim Vergleich der MBR mit dem übrigen Liquorbild wurden 4 Gruppen eingeteilt: 1. Die MBR stimmt mit dem übrigen Liquorbefund vollkommen überein (positiv oder negativ). 2. Es besteht eine unvollkommene Übereinstimmung der MBR; d. h. MBR negativ; vom übrigen Liquorbefund zeigen eine oder zwei halbwertige Reaktionen an. 3. Gruppe „MBR unterlegen". Hier zeigt die MBR nicht, im übrigen aber mindestens eine vollwertige Reaktion an. Eine 4. Gruppe, „MBR überlegen", umfaßt die Fälle, bei denen die MBR allein und — auf Grund des Untersuchungsbefundes — spezifisch anzeigt. Unspezifische Ausfälle der MBR im Liquor wurden nicht beobachtet. Es folgen die Ergebnisse.

Digitized by Google

MBR im Liquor, verglichen mit dem übrigen Liquorbefund		Lues I	Lues II	Lues III	L. cerebri	Tabes	Paralyse	Gesund	Summe	%
1. Vollkommene Übereinstimmung	+	1	40	—	5	5	48	10	297	69,7
	—	4	166		7	5	6			
		5	206		12	10	54			
2. Unvollkommene Übereinstimmung		4	48	—	2	1	5	7	67	15,7
3. MBR unterlegen		—	24	1	4	8	17	1	55	13,0
4. MBR überlegen		—	4	—	—	2	1	—	7	1,6
		9	282	1	18	21	77	18	426	100

Die 426 hier angeführten Liquoren stammten von Patienten aus allen Stadien der Syphilis sowie, in 18 Fällen, von Gesunden. Richtiges Anzeigen der MBR fand sich in Gruppe 1, 2 und 4, d. i. in 87%, der Rest waren Versager. — Dieses häufige, richtige Anzeigen, die absolute Überlegenheit in 1,6% und der Mangel unspezifischer Ausfälle lassen uns die MBR als Liquorreaktion wertvoll erscheinen. Es folgt eine nähere Betrachtung der einzelnen Gruppen:

Gruppe 1: 99 Fälle übereinstimmend positiv, 198 Fälle übereinstimmend negativ.

Gruppe 2: Unter 67 Fällen zeigte an: PANDY allein 47mal, Zellvermehrung allein 1mal, Globulinausfällung allein 2mal, PANDY- und Zellenvermehrung allein 7mal, PANDY und Globuline 8mal, Globuline und Zellvermehrung 1mal, minimaler Ausfall der Goldreaktion (uncharakteristisch) 1mal.

Gruppe 3: In 55 Fällen war die MBR unterlegen. In 21 Fällen davon zeigte die WR im Liquor, in 51 Fällen die Goldreaktion an. In 11 der genannten Fälle zeigten alle übrigen Reaktionen an bei negativer MBR. Die WR im Liquor war also in 38% der MBR überlegen, in 1,7% unterlegen.

Gruppe 4: 7 Fälle von Überlegenheit der MBR.
Diese sollen näher angeführt werden:

Lues II:

1. Elisabeth S. Früher wegen Liquorlues hier behandelt (20. I. bis 10. IV. 1928). Im Juli 1928 zeigt nur noch die MBR im Liquor an.

2. Meta J. Aufnahme am 1. I. 1928 wegen Lues II. Erste Lumbalpunktion am 2. II. 1928: nur MBR im Liquor positiv. Am 16. III. 1928 Repunktion: WR und Goldreaktion jetzt auch positiv.

3. Sch.: Früher wegen Lues cerebri auswärts behandelt worden. Jetzt MBR im Liquor positiv.

4. Maria Sch. Inf. 1924. Anläßlich der 3. Kur 1928 Lumbalpunktion, nur MBR positiv.

Tabes dorsalis:

5. Fritz W. Klinisch typische Tabes dorsalis. Am 5. XII. 1927 Goldsol +, Mastix +, Pandy +, Nonne +. Zellen 100/3. Am 31. XII. Goldsol +, Mastix +, am 11. VII. 1928 nur MBR +.
In den letzten Jahren ausgiebig, spezifisch behandelt.

6. Martha W. Typische Tabes.

Digitized by Google

Paralyse:

7. Hans W. Liquor vor Malaria stark positiv, jetzt am Ende der Nachkur nach der Malariabehandlung zeigt nur noch die MBR im Liquor an.

Müller untersuchte 270 Liquoren, davon 60 Kontrollfälle, letztere hatten sämtlich negative Resultate der MBR. Bei den übrigen 210 Nervenluesfällen wurde WR und MBR verglichen. Die Ergebnisse waren folgende:

88,9% völlige Übereinstimmung,
6,7% MBR stark positiv, WR positiv,
1,4% MBR positiv, WR negativ,
2,9% MBR positiv, WR stark positiv.
Keine negative MBR bei positiver WR.

Kruspe berichtete 1927 über 156 Liquoruntersuchungen mit der MBR. In 85,9% bestand gute Übereinstimmung mit den übrigen Liquorbefunden. Bei den nichtübereinstimmenden Fällen war die WR im Liquor in 50% auch negativ. Überlegenheit der MBR fand sich in 2%.

In bezug auf die Technik sowohl bei der Serum- wie bei den Liquoruntersuchungen hielten wir uns an die Vorschriften R. Müllers. Die Liquoren haben wir meistens nicht inaktiviert. Der Extrakt der Firma Schering, der anfangs nicht so gutes leistete wie der von R. Müller selbst zur Verfügung gestellte, ist jetzt dem Müllerschen Extrakt durchaus gleichwertig.

Zusammenfassung

1. MBR im Serum: Die MBR hatte im Vergleich zur DR, MTR, SGR und WR einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz unspezifischer Ausfälle (1,75%); die Anzahl ihrer Versager war aber gering; im Vergleich zu der gleichzeitig vorgenommenen WR und SGR erfaßte sie einen größeren Teil von Luesfällen als die genannten Reaktionen. Die Vorteile der MBR im Serum überwiegen die Nachteile; als Ergänzungsreaktion neben WR und SGR leistet die MBR gute Dienste.

2. MBR im Liquor: Die MBR im Liquor zeigte nie unspezifisch, in 16% überlegen, in 87% richtig an. Diese Tatsachen rechtfertigen die Forderung der MBR zur Vervollständigung jeden Liquorbefundes.

Literatur

Abadjieff, Erfahrungen mit MBR ... M. Kl., 1927, Bd. 50. — Blumenthal und Jaffé, Versuche zur techn. Verbesserung der Serodiagnostik der Lues. Derm. Zschr., 1928, Bd. 53. — Kruspe, Ergebnisse d. Untersuchung ... mittels d. Dold-Reaktion. Derm. Zschr., Bd. 40. — Kruspe, Unsere Erfahrungen mit den Trübungsreaktionen nach Dold u. Meinicke. Derm. W., 1925, Bd. 39. — Kruspe, Unsere Erfahrungen mit der MBR. Zbl., 21, 3, 4. — Kruspe, Erfahrungen mit der MBR im Liquor. Zbl., 26, 1, 2. — Müller, Ballungsreaktion mit luetischen Seris (Kongreßbericht). Zbl., 18, 7, 8. — Müller, Die Ballungsreaktion nach Müller im Liquor. Zbl., 21, 11, 12. — Pohlmann, Über die Ballungsreaktion von R. Müller. Derm. W., 1928, Nr. 8. — Schornfeld, Über Befunde in der Rückenmarksflüssigkeit bei nervengesunden Menschen. D. Zschr. f. Nervenhlk., Bd. 64, 5, 6. — Tataru und Konradi, Klinische Erfahrungen mit der MBR. Kl. W., 1928, Nr. 18. — Wendlberger, Vergleich serologischer Untersuchungen mit dem Müllerschen Ballungsreagens. W. m. W., 1928, Nr. 15. — Werther, Über Liquoruntersuchungen und Liquorbehandlungen bei Syphilitischen. D. Zschr. f. Nervenhlk., Bd. 57.

Digitized by Google

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 3. Mai 1928

Vorsitzender: Lipschütz. Schriftführer: Lipp.

Volk: 1. **Fibrosarkom.** 18jähr. Mädchen. Neuerliche Vorstellung. Da trotz intensiver Strahlenbehandlung an anderem Orte die Tumoren nicht nur in loco rezidivierten, sondern auch weitere Teile ergriffen, wurde eine fast dreihandflächengroße Partie der Brusthaut exstirpiert, nach Thiersch gedeckt. Unmittelbar nach der Operation kleine Rezidive am Rande, seither geheilt. In einem zweiten Akte werden die noch restlichen Tumoren entfernt werden, die sich bisher auf Radium verkleinerten, aber nicht restlos schwanden.

2. **Lupus erythematodes mit Tuberkuliden.** 16jähr. Pat. litt an Lupus erythematodes des Gesichts und der Hände, daneben Tuberkulide an einzelnen Fingern und Erythema induratum an den unteren Extremitäten. Unter Aurophosinjektion Abheilung. Jetzt Effloreszenzen an den Oberschenkeln, welche nur als Erythema nodosum angesehen werden konnten. Weder klinisch noch röntgenologisch in der Lunge irgend eine spezifische Erkrankung, Pirquet und Mantoux ($^1/_{5000}$) negativ. Prüfung im Serum auf tuberkulinverstärkende Substanzen negativ.

Balban: **Pityriasis rosea mit Beteiligung der Handteller.** 31jähr. Frau. Bei der ersten Untersuchung vor 2 Wochen fanden sich am Stamm und an den Beugeseiten der oberen Extremitäten, spärlicher an der Innenseite der Oberschenkel runde und ovale, zum Teil in der Spaltrichtung der Haut stehende Herde von der Größe bis zu 2 cm Durchmesser. Der Rand hellrosa, das Zentrum gelblich, gefältelt oder zart schuppend, manche mit einem nach innen gerichteten Schuppensaume versehen. Eine isolierte derartige Effloreszenz am Dorsum der rechten großen Zehe. An beiden Handtellern zahlreiche runde, rote Effloreszenzen von etwa $^1/_2$ cm Durchmesser mit zentraler, am Rande festhaftender, im Zentrum erhebbarer Schuppe. Die Fußsohlen und Streckseiten der Extremitäten sind frei, ebenso die Schleimhäute. Die Affektion trat vor etwa 2 Wochen, und zwar fast gleichzeitig an allen befallenen Stellen auf. Auf Eintupfen mit 1%igem Salizylalkohol ist die Affektion am Stamm und an den Armen fast völlig geschwunden, an den Handtellern ist sie noch deutlich sichtbar.

Volk hält die Affektion an den Palmae für eine Pityriasis rosea, da er eine solche analoge vor kurzem bei einem jungen Manne gesehen hat. Die Erkrankung der Palmae und Plantae heilt fast gleichzeitig mit der des Stammes auf Schwefelzinkpasta ab.

Urbach: Wir haben auf der Klinik einen Fall von außerordentlich exsudativem Charakter. Neben dem typischen Bild der Pityriasis rosea im Gesicht und am Stamm fanden sich bei dieser Kranken zahlreiche kleinste Bläschen am Nacken und Hals sowie tiefgelegene große Blasen an den Handtellern, ähnlich einem Erythema exsudativum multiforme. In den letzten Tagen traten auch an Hand- und Fußrücken zahlreiche kleine Bläschen auf.

Lipschütz empfiehlt zur Klärung des Falles eine histologische Untersuchung.

Rusch: 1. **Papulonekrotische Tuberkulide.** Frau, die wegen Episkleritis Tuberkulininjektionen erhält und bei der nach der fünften Injektion papulonekrotische Tuberkulide in zosteriformer Anordnung beiderseits vorn an der Brust im III. und IV. Interkostalraum aufgetreten sind.

2. **Lichen nitidus.** Mann zeigt an den Streck- und Beugeflächen der Oberextremitäten in unregelmäßige Gruppen verteilte, mohnkorngroße, glitzernde, mitunter gedellte, hautfarbene, dabei auffallenderweise oft stark juckende, in Schüben auftretende lichenoide Knötchen, die, wie die demonstrierten Präparate zeigen, den typischen Bau des Lichen nitidus aufweisen. Die Penishaut ist frei. Die Affektion ist mit den planen Formen des Lichen scrophulosorum identisch. Nach einer Ponndorfimpfung, die anderweits wegen rheumatischer Schmerzen der Schulter ausgeführt wurde, sind den Impfstrichen entlang reihenartig angeordnete lichenoide Knötchen von den nämlichen Qualitäten entstanden, ganz nach Art eines Köbnerschen Phänomens. Andere tuberkulöse Stigmata fehlen.

Volk: Auffallend der starke Juckreiz, vielleicht hier als Folge der kräftigen Exsudation innerhalb und unterhalb der Epithelschicht. Die reichliche Aussaat nach der

Digitized by Google

Ponndorfimpfung könnte als Weckung der Überempfindlichkeit ähnlich wie beim Lichen scrophulosorum aufgefaßt werden.

Lipschütz: Auf die plane Form des Lichen scrophulosorum hat bereits Darier vor Jahren aufmerksam gemacht. In einem eigenen, vor mehreren Jahren hier demonstrierten Fall war die Zahl der planen, polygonal begrenzten Knötchen derart beträchtlich, daß anfangs sogar diagnostische Zweifel bestanden. Auf der Abteilung Rusch sind auch derartige Fälle zu wiederholten Malen beobachtet worden.

Wertheim: **Basalzellenepitheliome.** 74jähr. Frau. Derber grobhöckeriger, zentral zerfallender Tumor am Nasenrücken, seit 6 Jahren bestehend. Ein zweiter grobhöckeriger Tumor in der rechten Schultergegend. Histologisch: Basalzellenepitheliome

Kren: **Angiokeratoma.** 11jähr. Mädchen mit Akrozyanose. In den so veränderten Hautpartien an Händen und Füßen typische, stecknadelkopf- bis hanfkorngroße Angiokeratome. Dieselben stehen besonders über den Gelenken der Finger streckseitenwärts sowie über den Zehenkuppen gedrängt, während vereinzelte auch in den Plantae und über den Großzehenballen zu sehen sind. Pirquet negativ. Lungenbefund bis auf kleinste Fleckchen in den zentralen Feldern negativ. CO_2-Behandlung, teilweise schon durchgeführt, hat die Hyperkeratosen und zum größten Teil die Gefäßektasierungen zur Abheilung gebracht. An einzelnen Stellen sind Gefäßerweiterungen neuerdings aufgetreten.

Temple: **Lingua villosa.**

Knossew: **Syphilid der Nase.** Auf dem unteren Teil der Nase und in deren Umgebung rote Papeln, erweiterte Blutgefäße und Follikeln. Klinisch käme differentialdiagnostisch Lupus erythematodes oder Acne rosacea in Betracht. Histologisch: typisches syphilitisches Granulationsgewebe. WR positiv.

Ullmann: **Röntgenwirkung auf den Haarwuchs.**

Kerl: **Lupus erythematodes.** 53jähr. Pat., der vor 28 Jahren Lues akquirierte, seit 1914 wiederholt an der Klinik mit Lupus erythematodes der Nase, Ohren und Wange in Behandlung stand. Nunmehr traten vor etwa 8 Wochen fleckige blaßrote Erytheme an der Kopfhaut auf. Fast alle zeigen im Zentrum kleine Borkenbildung. Mit Rücksicht auf den vorausgegangenen Lupus wird erwogen, ob nicht die Eruption mit diesem Krankheitsbilde in Zusammenhang zu bringen wäre. Über die zur Klärung des Falles vorgenommene Biopsie wird in der nächsten Sitzung berichtet werden.

Geiger: **Hämatogen-metastatische Knotenbildung in der Haut.** 56jähr. Pat., bei dem unter Fieber ein übertaubeneigroßes, subkutanes Infiltrat an der Innenseite des linken Oberschenkels auftrat. Einige Tage später multiple, ebensolche ziemlich gleichgroße Herde am Stamm und an der Außenseite der oberen Extremitäten. Haut darüber normal oder hell- bis lividrot. Affektion schmerzlos. Exstirpation aus der rechten Flanke zeigt einen im Zentrum eitrig geschmolzenen Knoten. Ausstrich: steriler Eiter. Kultur: Staphylococcus pyogenes aureus. Pat. erkrankte 6 Wochen vorher an Grippe; am 28. III. wurde wegen metastatischer Ophthalmie das rechte Auge enukleiert. Im Anschluß daran Abszeß der rechten Skapulargegend, der Staphylococcus pyogenes aureus und Streptococcus haemolyticus enthielt. Im weiteren Verlaufe eitrige Siebbeinzellenentzündung. 8 Tage nachher Auftreten der vorhin geschilderten Hauterscheinungen. Mit Rücksicht auf das plötzliche Auftreten multipler Herde, das Betroffensein der tiefen Lagen der Kutis und Subkutis wird ein bakteriell metastatischer Prozeß angenommen (Grippe).

Urbach: **Geflügeltuberkulose der Haut und Schleimhaut.** 31jähr. Ukrainer erkrankte vor $1^1/_2$ Jahren plötzlich mit Schüttelfrost, Fieber, Husten. Wegen Schmerzen in der Sternalgegend Spitalaufnahme, bei der sich bei dem sehr abgemagerten Kranken am Ansatz der linken 2. Rippe an das Sternum eine äußerst schmerzhafte Stelle findet, die aber röntgenologisch keine Veränderungen darbietet. Lungen: mäßige Spitzendämpfung ohne auf Tuberkulose hinweisende Prozesse im Röntgenbilde. Weiter zeigt der Kranke auf der Zunge, Ober- und Unterlippe sowie im Penoskrotalwinkel links mehrfache Ulzera, die kommen und gehen. Im Verlaufe der Beobachtung Schmerzen in Kehlkopfgegend, schmerzhafte Kniegelenkschwellungen, akneähnliche Effloreszenzen auf Stirn, Nase und Wangen. Dabei zeitweilig abendliche Temperatursteigerungen und schwere Kachexie. Blutbild: sekundäre Anämie, leichte Leukozytose. Da alle Untersuchungen negativ ausfallen, wird die Diagnose chronisch septischer Prozeß gestellt. Als Ende März dieses Jahres neuerlich Geschwüre am rechten Gaumenbogen, Lippen und Mundwinkeln auftraten, wird aus der Unterlippe ein Gewebsstück exzidiert und aus diesem von Löwenstein Hühnertuberkelbazillus rein gezüchtet. Dafür, daß die Bazillen

Digitized by Google

ätiologisch für die Erkrankung verantwortlich zu machen sind, spricht der Ausfall der biologischen Reaktionen, während nämlich die Intradermoreaktion mit A.-T. 1:10000 nur eine ganz leichte Lokalreaktion aufwies, zeigte jene mit Hühnertuberkulin eine zentrale derbe Papel mit einer düsterroten Aula von 11:8 cm. Die Papel bildete sich in den folgenden Tagen zu einer Blase und dann zu einem 2:1 cm langen Ulkus um, das bis auf die Faszie des Unterarmes ging. Außer dieser allergischen lokalen Reaktion trat auch eine Herd- und Allgemeinreaktion auf. Wenige Tage später wurde der sonst apathische, schwer kachektische Kranke munterer, verlangte Essen und fühlte sich besser. Pat. wird nun therapeutisch mit einem aus seinen eigenen Bazillen gewonnenen Hühnertuberkulin vorsichtig weiterbehandelt. Über den Ausfall der Tierversuche wird nach Abschluß derselben berichtet werden. (Erscheint ausführlich.)

Löwenstein: Die letzten Jahre haben ergeben, daß diese Krankheit, trotzdem sie noch ziemlich unbekannt ist, relativ häufig vorkommt. Das wichtigste Symptom ist das durch die Sepsis bewirkte, sich durch Jahre hinausziehende Fieber, charakterisiert durch niedrige Morgen- und hohe Abendtemperaturen und Nachtschweiße. Dieses Fieber ist durch kein Antipyretikum zu beeinflussen. In den Lungen sind in der Regel keine tuberkulösen Veränderungen klinisch nachweisbar. Hingegen ist stets ein Milztumor vorhanden. Wie jede andere Sepsis, so hat auch diese Tuberkelbazillensepsis ihre Prädilektionsstellen, und zwar 1. die Niere, 2. das Knochenmark, 3. die Haut. In der Pathologie der Nierentuberkulose spielt die Hühnertuberkulose eine recht häufige Rolle. Seitdem mir durch Knöpfelmacher der erste Fall zugewiesen wurde, habe ich eine ganze Reihe von solchen Fällen beobachtet, und auch Joanowits hat zwei Fälle beschrieben, Ärztewitwen, welche sich mit Geflügelzucht befaßt hatten. Viel interessanter ist aber noch die Erkrankung des Knochenmarkes. Auch bei der Spontanerkrankung des Geflügels ist das Knochensystem, insbesondere das Knochenmark, in jedem Falle beteiligt. Beim Menschen ist das ebenfalls häufig der Fall. Dafür haben wir folgende Beweise. Bei myelogenen Leukämien hat man wiederholt bei der Obduktion die Überraschung erlebt, daß die Autopsie eine Infektion mit Hühnertuberkulosebazillen bewiesen hat. Ich erinnere hier an zwei Obduktionen von Erdheim, an einen von Nothnagel und Krasso und an zwei weitere Fälle von myelogener Leukämie, welche auf der Klinik Wenckebach zur Beobachtung kamen. In einem dieser Fälle wurde durch Maresch die Hühnertuberkulose einwandfrei festgestellt. Elias und Hitzenberger haben nun bei der Behandlung dieser Fälle beobachtet, daß der Milztumor dieser Fälle durch Röntgenstrahlen nicht beeinflußbar war. Elias sieht mit Recht in dieser Tatsache einen wesentlichen diagnostischen Behelf. Aber nicht nur eine Vermehrung der weißen, sondern auch eine Vermehrung der roten Blutkörperchen kann durch diese Tuberkulose des Knochenmarkes herbeigeführt werden, wie ein von C. Sternberg und Lederer sorgfältig studierter Fall von Polycythaemia rubra beweist. In diesem Falle waren 9000000 Erythrozyten, in einem zweiten von Liebermeister publizierten Falle waren 8000000 Erythrozyten vorhanden. Der Sektionsbefund war in beiden Fällen gleich, nämlich der einer protahierten Sepsis mit zahllosen, massenweise Bazillen enthaltenden Herden in allen Geweben. Sie sehen also daraus, daß wir bei Knochenmarkserkrankungen die Hühnertuberkulose als ätiologisches Moment in Erwägung ziehen müssen. Welche Rolle die Hühnertuberkulose bei den so verschiedenen Tuberkuloseformen der Haut spielt, ist heute noch nicht klar. Die vorliegenden Fälle aber beweisen, daß diese Ätiologie öfter als bisher zugrunde liegen dürfte. Der Nachweis läßt sich auf eine doppelte Weise führen: 1. durch die direkte Züchtung mittels der Schwefelsäuremethode, wie ich und Sumiyoshi sie ausgearbeitet haben; 2. durch die biologische Prüfung mittels eines durch Geflügeltuberkulosebazillen hergestellten Tuberkulins. Dieses Tuberkulin ist absolut spezifisch nur für die Geflügeltuberkulose-Injektionen. Mit Säugetiertuberkulosebazillen infizierte Tiere reagieren nicht auf dieses Präparat. In solchen zweifelhaften Fällen macht man also eine der üblichen Hautproben mit Geflügeltuberkulin und bekommt stets sehr eindeutige Ausschläge. Sie sehen also, daß dieses von mir 1913 aufgestellte Krankheitsbild epidemiologisch, bakteriologisch, histologisch, klinisch und biologisch klar umrissen ist und zweifelsohne werden sie, einmal aufmerksam geworden, häufiger auf dieses Krankheitsbild stoßen.

Volk: Dieser zweite Fall von Hauttuberkulose, durch Typ. gallinaceus hervorgerufen, unterscheidet sich von dem Lipschützschen im klinischen Bilde recht bedeutend, was nicht wundernehmen kann; es ist im Gegenteil eher zu erwarten, daß weitere Beobachtungen auch bei diesem Typus eine größere Polymorphie der Erscheinungen zutage fördern werden. Auffallend ist auch die scheinbar geringe Zahl der Bazillen, da

Digitized by Google

im Abstrich solche nicht gefunden werden. Kraus und Volk haben zuerst darauf hingewiesen, daß die Hühnertuberkulose durch die Tuberkulinreaktion von solcher durch Typ. humanus und bivinus hervorgerufenen zu unterscheiden ist, während eine Differenzierung zwischen den beiden letzteren durch die TR nicht möglich ist. Mit größter Vorsicht möchte V. die Besserung auf die kurz dauernde homologe Tuberkulinbehandlung beziehen; die günstige Beeinflussung innerer Erkrankung durch eine Vakzine des Hühnertuberkulosebazillus hat stets längere Zeit in Anspruch genommen.

Volk: Gerade die Hühnertuberkulose beweist wieder, daß bei reichlichem Bazillenbefund kein typisches tuberkuloides Gewebe vorhanden ist; dieses tritt erst auf, wenn die Tuberkelbazillen zerfallen und spärlich werden. Untersuchungen auf die Art des Erregers gehen schon in mehrere Hunderte von Fällen. In der überwiegenden Mehrzahl fand sich der Typ. humanus. Es hängt das gewiß mit der Provenienz des Materials zusammen. Kleine Zahlen besagen also gar nichts. Die Arbeiten sind recht mühselige, und es hat sich ergeben, daß sowohl der humane als der bovine Tuberkelbazillus die verschiedensten Formen der Hauttuberkulose verursachen kann.

Konrad: **Fremdkörpertumoren nach Kampferölinjektionen.** 26jähr. Pat. mit hirsekorn- bis linsengroßen schmerzhaften, subkutan gelagerten Tumoren an beiden Ober- und Unterarmen. Histologisch: reichlich entzündliches Granulationsgewebe, vorwiegend aus Epitheloidzellen bestehend. Nebenher verschieden große, runde Hohlräume und reichliche Vakuolenbildung. Die Affektion trat 2 Jahre nach den Kampferölinjektionen auf. Auf Diathermie Besserung.

Lipp: **Pemphigus vulgaris mit Trypaflavin und Quarzlichtbestrahlung behandelt.** 27jähr. Pat., bereits durch längere Zeit mit den verschiedensten Mitteln (Plasmochin, Spirozid, Fiebertherapie, Bäder, Salben) ziemlich erfolglos behandelt. Bei neuerlicher Aufnahme (18. III. 1928) an der Haut des Stammes und der Extremitäten zahlreiche, miteinander zu girlandenförmigen Zeichnungen konfluierende Ringe aus Bläschen und geplatzten Blasen und Erosionen. Zytologisches Blutbild: 4%ige Eosinophilie. Auf 6 intravenöse Injektionen von 10 ccm einer 1%igen Trypaflavinlösung und nachfolgender Allgemeinbelichtung mit steigenden Höhensonnendosen vollständige Rückbildung der Erscheinungen. Seit einigen Tagen vereinzelte kleinste Bläschen. Hinweis auf die gleichbehandelten günstig beeinflußten Fälle von Euhs. Wegen intensiver Pigmentierung im Frühjahr und Sommer weist L. auf die Lichtschutzsalben für unbekleidete Hautpartien hin.

Fuhs: 1. **Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris.** 65jähr. Mann. Beginn der Affektion vor 30 Jahren. Der Vater und eine Schwester des Pat. zeigen das gleiche Leiden. Die Haut der Handteller, in viel stärkerem Grade die der Fußsohlen von zahlreichen, zum Teil dicht beisammenstehenden, schmutzig-graubraunen, derben Knötchen von Erbsengröße und darüber besetzt. Im Zentrum der Knötchen vielfach ein schwer ausschälbarer Hornpfropf, nach dessen Entfernung eine grübchenförmige Einsenkung restiert. In ihrem Bereiche die Hautfelderung zum Teil undeutlich bzw. geschwunden. An der Fußsohlenhaut gleichzeitig deutliche Hyperidrosis. Die Haut der Palmae trocken, da sie andernorts wiederholt röntgenbestrahlt worden ist. Intern o. B. Histologisch: Die mächtig verbreiterte Hornschicht in der Mitte der Effloreszenz in Form eines stumpfkegelförmigen Zapfens ins muldenförmig eingebuchtete und komprimierte Rete eingesenkt. Die verlängerten und verschmälerten Zapfen des umgebenden, akanthotisch gewucherten Rete umfassen bogenförmig (krebsscherenartig) den zentralen Hornkegel. Die Affektion ist unter die kongenitalen, keimplasmatisch bedingten, symmetrischen Keratosen der Hände und Füße in die Gruppe der multiplen kleinherdförmigen Keratosen einzureihen. Bei den nicht hereditär begründeten Fällen ist wohl auch eine keimplasmatisch bedingte Disposition anzunehmen, wobei das Krankheitsbild erst später unter dem Einfluß hinzugesellter äußerer und innerer Reize (endokrin-sympathischer Natur) zur Auslösung gelangt. F. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber den annähernd diffusen, scharf begrenzten Keratosen, Typus Keratoma hereditarium palmare und plantare und den insel- und streifenförmigen atypischen Keratosen. (Typus eigenartige Keratosis der Hände und Füße mit Nagelveränderungen Riehl.) Da bei dem Pat. auch leichte leukoplakische Veränderungen an der Mundschleimhaut bestehen, so leitet er zu den Fällen mit monoider polyphärer Vererbung nach Siemens über, bei denen sich neben den symmetrischen Keratosen der Haut Pachyonychien bzw. Schleimhaut- und selten auch Kornealveränderungen finden. Therapeutisch: in manchen Fällen neben erweichenden Bädern und Salben wiederholte stark gefilterte Röntgenstrahlen-Toleranzdosen (8 H, 4 mm Al.) erfolgreich.

Digitized by Google

2. **Ichthyosis mit gleichzeitigem Befallensein von Handtellern und Fußsohlen.** 3jähr. Mädchen. Die ersten Anzeichen der Affektion kurz nach der Geburt. Neben typischer Ichthyosis nitida des Stammes und der Extremitäten diffuse Trockenheit an Palmae und Plantae mit Verdickung der Hornschicht und zum Teil warzen- bzw. klavusähnlichen umschriebenen Keratosen besonders an den Fußsohlen. Das fast völlige Fehlen der Schweißsekretion, das klinische und histologische Bild (Verdickung der Hornschicht bei normalen oder hochgradig verschmälerten Rete und Str. granulosum) unterscheiden diese Affektion von den kongenitalen Keratosen vom Typus des Keratoma hereditarium palmare und plantare.

3. **Arsenkeratose.** 28jähr. Wehrmann. Beginn des Leidens vor $1^1/_2$ Jahren im Anschluß an eine Arsenkur von 15 Injektionen. Zunächst Jucken und Rötung, hierauf zunehmende Verhornung an Handflächen und Fußsohlen. Seit Januar 1927 Röntgenbestrahlungen andernorts ohne wesentliche Besserung. Derzeit zeigen Palmae und Plantae neben zeitweise starker Hyperidrosis Blaurotfärbung und an den Stellen stärkeren Druckes diffuse, vielfach zerklüftete graubraune Hornschichtverdickungen, an den Plantae stärkeren Grades. Arsenausscheidung im Harn. Versuche eines histochemischen Nachweises des Arsens im Schnitt nach eigener Präparationsmethode sind im Gange.

4. **Arsenerythem.** 25jähr. Melker. Seit 3 Wochen Sol. arsenic. Fowleri dreimal 3 bis dreimal 10 Tropfen steigend. Seit 8 Tagen neben Hyperidrosis livide intensive Rötung der Haut an Handtellern und Fußsohlen.

5. **Reinfectio syphilitica oder Sclerosis ex residuo?** 27jähr. Mann. April 1926 Sclerosis lam. int. praep. partis dextrae, Oedema indurativum, Scleradenitis ing. bil. Spir. (Drüsenpunktat): positiv, WR ++. DMR negativ, Liq. negativ. Kombinierte Kur: 12 Hg succin.-Injektionen, Neos.-Gesamtdosis 4,8 g. II. Kur März 1927, damals erscheinungsfrei. WR negativ. 12 Hg-Injektionen, 12 Neis.-Injektionen Dosis III. 23. IV. 1928 neuerliche Aufnahme. L. C. nicht sicher erhebbar. Sclerosis II dorsi glandis et in sulco coronario dextro, Phimosis inflammata. Scleradenitis bilateralis eminens. Scleradenitis univ. modica. Spir. (Ulcera) positiv. WR +++, DMR +++, Ballungsreaktion +++. In den folgenden Tagen Temperatur bis 39° C. Exanthem am weichen Gaumen und an den Gaumenbögen, Eruption eines hellroten makulo-papulösen Exanthems. Entscheidung, ob Reinfektio oder schankriformes Monorezidiv, nicht sicher möglich. F. bespricht die Möglichkeit der Aktivierung eines Spirochätenrestes im Sinne R. Müllers.

Matras: Ulcus vulvae acutum. 13jähr. Virgo. Seit 2 Wochen bereits in Rückbildung begriffene Ulzera an den großen und kleinen Labien sowie in der Genitokruralfurche. Die auf Berührung schmerzhaften, seichten Geschwüre von $^1/_2$—$1^1/_2$ cm Durchmesser sind scharf begrenzt, am Rand leicht unterminiert und haben einen graugelblichen, eitrig belegten Grund. In den Abstrichen vom Geschwürsbelag Bacillus crassus Lipschütz. Kulturen ergaben ein Wachstumsoptimum bei Zusatz von Traubenzucker unter Bildung von dichtstehenden, typischen, flachen, haarskulpturähnlichen Kolonien. Aszitesagar spärlicheres Wachstum. Zusatz von Pferdeserum hemmte das Wachstum gänzlich. In Leberbouillon Reinkultur unter Bildung dichter, weißlicher, wolkiger Massen.

Lipschütz weist auf die Untersuchungen von Monacelli-Rom und Röderer und Hoimovici-Sternberg über die Histologie des Ulcus vulvae acutum hin. In den beim demonstrierten Falle angelegten Kulturen scheint die Serumzugabe bakterizide Wirkung zu entfalten. In eigenen Untersuchungen über die Kultur des Bacillus crassus auf der Aszitesagarplatte hatte L. fast stets gute Resultate zu verzeichnen.

Riehl jun.: **Chininidiosynkrasie.** Bei 49jähr. Frau nach Einnahme von zwei Tabletten Chininum muriaticum à 0,25 g hellrotes, dichtstehendes Flecken- und Knötchenexanthem an Stamm, Hals und Beugeflächen der Extremitäten. In den folgenden Tagen unter feiner Schuppung Abblassen des Ausschlages. Hautfunktionsprüfung: Auflage einer 10%igen Lösung von Chinin. bisulf. negativ, hingegen auf vorher skarifizierter Stelle Rötung, Schwellung und Nässen. Bei drei Kontrollpatientinnen dieselben Proben negativ. Nach 2 Tagen eine 10%ige Lösung von Chinin. bimur. auf eine skarifizierte Stelle und epidermal aufgelegt. An der Skarifikationsstelle nach 24 Stunden neuerlich Schwellung, Rötung und Nässen, die epidermale Auflagestelle reaktionslos. Nach weiteren 24 Stunden zeigt auch die letztere Rötung und Schwellung; außerdem sind die zwei Auflagestellen mit Chinin. bisulf. gerötet und geschwollen, von denen die epidermale bis dahin keine Reaktion gezeigt hatte. Auch das Exanthem deutlich aufgeflackert.

Digitized by Google

Übertragungsversuche auf die drei Kontrollpatientinnen negativ. Hautprüfung mit Sublimat, Arnikatinktur, Formollösung und Terpentin negativ. Intrakutane Injektion von 0,01 g Chinin. bimur. erzeugt leichte Schwellung und Rötung an den Injektionsstellen, keine Allgemeinreaktion. Nach Chinin. mur. 0,25 g per os leichtes Aufflackern des Exanthems und der Auflagestellen.

Arzt: **Pagets disease.** 29jähr. Frau. Entzündungserscheinungen von über Münzengröße im Bereiche der linken Mamilla, kein tiefer Knoten tastbar. Histologisch: Pagetzellen und unspezifische Entzündung.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

Juni 1928, H. 6

Syphilis d'emblée, von V. Feldmann. S. 326. Zu den Fällen von Syphilis d'emblée von Bettmann u. a. fügt Verf. einen selbst beobachteten hinzu. Es handelt sich um die direkte Blutinfektion bei einer Krankenschwester, die sich bei einer Ausgebluteten zur Bluttransfusion hergegeben hatte. Der Ausbruch der Roseola und das Auftreten der Drüsensklerosen dauerte 64 Tage. Es sind somit 88 Fälle in der Literatur bekannt geworden. Ohne Auftreten eines Schankers war hier die Infektion 20 bis rund 70 Tage nach dem in jedem Falle einwandfrei feststehenden Ansteckungstermin in Erscheinung getreten. Über weiteren Verlauf und Heilungsaussichten des selbst beobachteten Falles wird nichts gesagt.

Contribution à l'étude de l'infection hématogène syphilitique (Beitrag zum Studium der hämatogenen Luesinfektion), von V. Feldmann. S. 341. Verf. erwähnt seinen selbst beobachteten Fall von Syphilis d'emblée und bespricht dann die Notwendigkeit einer außerordentlich genauen und wiederholten Untersuchung von Blutspendern auf Luesinfektion.

Staphylococcie biotropique à forme d'anthrax ulcéreux et à septicémie grave (Spezifische Staphylokokkensepsis unter dem Bilde ulzeröser Beulenbildung und schwerer Septikämie), von G. Milian. S. 353. Eine 22jähr. Pat. mit sekundärsyphilitischen Erscheinungen wird mit Salvarsan rite behandelt und erkrankt am 10. Tag der Behandlung mit hohem Fieber, dem eine universelle Aussaat von beulenartigen Eiterherden folgt. Dabei unter Fortdauer der schweren Allgemeinerscheinungen Herzklappenerkrankung, Nierenerscheinungen und Weiterentwicklung der Hautherde zu großen Abszessen, in denen Staphylokokken gefunden werden. Die Sepsis hält 30 Tage an und hört ganz auffallend plötzlich auf mit dem Wiedereinsetzen der spezifischen Behandlung. Salvarsan hat die septischen Erscheinungen also provoziert und gleichzeitig geheilt. Pat. hatte nicht lange vorher eine Furunkulose durchgemacht, wodurch der Anlaß zu der Aussaat der ruhenden Staphylokokken gegeben wurde.

Apoplexie sereuse par le Treparsol (Seröse Apoplexie nach Salvarsan), von Milian und Garnice. S. 359. Ein Mädchen von 23 Jahren litt an seit langem bestehender Keratosis palmaris und anderen Erscheinungen, die den Verdacht auf Lues aufkommen ließen und wurde mit Salvarsan ambulant vorbehandelt und dann in Unkenntnis dieser Vorbehandlung klinisch weiter spezifisch behandelt. Nach Auftreten epileptiformer, durch Lumbalpunktion vorübergehend gebesserter Anfälle kam Pat. im Koma unter Anstieg der Temperatur auf fast 43° ad exitum. Die Autopsie stellte charakteristische seröse Meningitis, „Apoplexia serosa arsenicalis", fest. H. Lippert-Köln.

Annales des Maladies Vénériennes

1928, Bd. 23, Nr. 8

Le liquide céphalo-rachidien dans les différentes périodes de la syphilis (troisième et dernière partie) (Der Liquor cerebrospinalis in den verschiedenen Stadien der Syphilis. Dritter und letzter Teil), von Kirchberg. S. 561. Im primären,

Digitized by Google

sero-negativen Stadium ist der Liquor in den ersten 14 Tagen nicht verändert. Von da an beginnt eine Drucksteigerung, die das Charakteristischste der Primärperiode ist. Diese Drucksteigerung wird deutlicher im sero-positiven Stadium. Bei der sekundären Syphilis finden sich in 60—70% der Fälle krankhafte Veränderungen, die nicht so sehr von dem Vorhandensein einer Alopezie oder Leukodermie abhängig sind als von dem Alter der Infektion. Bei der tertiären Syphilis nehmen einige Autoren Liquorveränderungen bei 40—50% der Fälle an, während sie andere bei dem Vorhandensein von Haut- oder Schleimhautaffektionen für relativ selten halten. Bei der kongenitalen Lues bleibt der Liquor unverändert. Die größten Abweichungen finden sich bei der Neurolues. Weiter werden abgehandelt die Veränderungen des Liquors unter dem Einfluß der Behandlung, und zwar mit den gewöhnlichen Antisyphilitika, mittels Infektion mit Malaria und endlich mit Rekurrens.

Sur la défense sociale contre la syphilis (Zum sozialen Schutz gegen die Syphilis), von R. Barthélemy-Paris. S. 591. Nicht die Reglementierung der Prostitution und die Duldung der Bordelle trägt zur Verbreitung der Syphilis bei, wie auf dem letzten Kongreß in Nancy gesagt wurde, sondern es gilt die Liederlichkeit und die Faulheit zu bekämpfen und vor allem den Frauen die Möglichkeit zu geben, auf anständige Weise ihr Leben zu fristen.

Du traitement abortif de la blennorragie antérieure aigue (Die Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoea anterior), von Catzeflis-Beyrouth. S. 597. In jedem Fall einer akuten Gonorrhoea anterior empfiehlt sich ein Versuch mit der Abortivbehandlung, die in frischen Fällen stets in 8—14 Tagen zum Ziele führt. Im subakuten Stadium dauert die Behandlung bedeutend länger. Es wurden entweder Einspritzungen in die Urethra oder Spülungen gemacht. Für die Injektionen wurde irgend ein Silberpräparat oder auch Kalium permanganicum angewandt, für die Spülungen Kalium permanganicum, beginnend mit einer Konzentration von 1:13000, täglich steigend, so daß man am 6. oder 7. Tag bis zu einer Verdünnung von 1:3000 oder 1:2000 gelangt.

1928, Bd. 23, Nr. 9

Sur la fréquence de la syphilis congénitale au cours de la première enfance (Etude critique) (Die Häufigkeit der kongenitalen Syphilis beim Kleinkind (Kritische Studie)), von M. Péhu und A. Brochier-Lyon. S. 643. Untersucht wurden 3021 Kinder innerhalb von 8 Jahren; unter diesen fand sich sichere Lues in 210 Fällen = 6,94%. Zahlenmäßig weitaus im Vordergrund standen die Veränderungen am Skelett, die röntgenologisch bei 42%, pathologisch-anatomisch bei 72,5% festgestellt wurden. Ihnen am nächsten kommt die Splenomegalie mit 59%. In 13% der Fälle fand sich ein Schnupfen, der nach 3 Monaten relativ selten ist. Dagegen fanden sich ziemlich häufig anderweitige Veränderungen an der Nasenschleimhaut. Roseolen fanden sich bei 4,4%, Pemphigus bei 5,5%. 25mal wurden Krämpfe beobachtet = 12%, Hydrozephalus bei ungefähr 8%. Was die Diagnose anlangt, ist angesichts der häufigen Veränderungen an den Knochen die Röntgenuntersuchung von ausschlaggebender Bedeutung. Die serologischen Reaktionen können zur Beurteilung nur bei positivem Ausfall herangezogen werden, während der negative Ausfall nach keiner Richtung beweisend ist. Ebenso verhält es sich mit dem Spirochätennachweis. „Ex juvantibus" sind Rückschlüsse nur möglich, wenn eine Besserung des Zustandes auf Quecksilber oder Wismut eintritt, dagegen naturgemäß nicht nach Arsen, da hierauf auch ein schlecht entwickeltes, aber nichtsyphilitisches Kind mit einer Hebung des Allgemeinbefindens reagieren wird.

F. Landauer-Berlin.

Česká Dermatologie

1928, Jahrg. 9, Nr. 3

Thiosulfat in der Therapie, von J. Kabelík-Olmütz. (Fortsetzung folgt.)

Streptokokkus — ein ätiologischer Faktor beim Pemphigus vulgaris und Ekzem, von K. Procházka-Prag. (Fortsetzung folgt.)

Nr. 4

Streptokokkus — ein ätiologischer Faktor beim Pemphigus vulgaris und Ekzem, von K. Procházka-Prag. (Fortsetzung folgt.)

Thiosulfat in der Therapie, von J. Kabelík-Olmütz. (Schluß folgt.)

Digitized by Google

Nr. 5

Thiosulfat in der Therapie, von J. Kabelík-Olmütz. (Schluß.) Das Thiosulfat entfaltet eine vielseitige Heilwirkung. Es erhält und restituiert die Enkolloidität des Plasmas, spaltet in einem schwachsauren Medium zwei- und vierwertigen Schwefel ab, die beide in sechswertigen Schwefel übergehen können; es wirkt somit bei seiner Zerlegung in Entzündungs- und Tumorherden stark reduzierend. Diese Wirkungen kombinieren sich in mannigfacher Art. Verf. führt zahlreiche Krankheiten an, bei denen sich ein Versuch mit Thiosulfat therapeutisch lohnen müßte. Bei einigen derselben wurde diese Therapie noch nie versucht. Frappant ist seine Heilwirkung bei schweren Verbrennungen, bei Neuritiden und Neuralgien. Hier stellt das Thiosulfat eine Bereicherung des Arzeneischatzes dar. Zahlreiche Verwendungsmöglichkeiten bietet die Kombination des $Na_2S_2O_3$ mit anderen Medikamenten, besonders mit den Salzen der Schwermetalle; mit vielen bildet $Na_2S_2O_3$ komplexe, Eiweiß nicht fällende Salze. Cu-Thiosulfat hat sich bei Trachom und Sepsis bewährt. Große Hoffnungen kann man nach den bisherigen Erfahrungen in das Pb-Thiosulfat und in andere Elemente (Cu, Se, Te, Fe usw.) im Thiosulfatkomplex bei bösartigen Geschwülsten setzen. Das Thiosulfat ermöglicht eine beliebig abstufbare Tiefentherapie mit Schwermetallen. Der letzte Abschnitt der Arbeit handelt von der absoluten Unschädlichkeit des Thiosulfats, von seinem Schicksal im Körper, von seiner Ausscheidung. Am wirksamsten ist die intravenöse Applikation, am wenigsten wirksam die perorale, da sich das Thiosulfat im sauren Magensaft zersetzt.

Streptokokkus — ein ätiologischer Faktor beim Pemphigus vulgaris und Ekzem, von K. Procházka-Prag. (Schluß folgt.)

Nr. 6

Streptokokkus — ein ätiologischer Faktor beim Pemphigus vulgaris und Ekzem, von K. Procházka-Prag. (Schluß.) Verf. hält die Streptokokken für eine große, einheitliche Gruppe der verschiedenartigsten Varianten, die sich voneinander morphologisch und biologisch unterscheiden. Zwischen den Varianten gibt es fließende Übergänge. Aus dieser Eigenschaft ergibt sich die Möglichkeit einer großen Reihe klinischer Bilder, die durch das mannigfaltige Terrain, das der infizierte Organismus bildet, noch gesteigert wird. Die Streptokokkenerkrankung ist dann die Resultierende aus den aggressiven Fähigkeiten des infizierenden Streptokokkenstamms und der Vitalität und Widerstandskraft des kranken Organismus. Auf der Haut ruft der Streptokokkus alle Grade der Entzündung, aber auch die Impetigo contagiosa hervor, bei der im pathologisch-anatomischen Substrat die Entzündung auf ein Minimum beschränkt ist und die vorherrschende Hypersekretion der Lymphe die Entstehung entzündungsfreier Blasen verursacht. Nach den Befunden des Verf. ist diese Erkrankung ebenso wie der Pemphigus neonatorum immer eine Streptokokkenerkrankung. Der Verf. lenkt in erster Linie sein Augenmerk auf die Ätiologie des Pemphigus vulgaris und des Ekzems und auf deren Beziehungen zu den Streptokokken. Außer der klinischen Beobachtung der bakteriologischen Untersuchung, den allergischen Reaktionen nach intrakutaner Applikation von Streptokokkenvakzine benützt er am häufigsten die Komplementablenkungsreaktion auf Streptokokken (Streptoreaktion), die er in 739 Fällen (davon 550 Kontrollen) ausgeführt hat. Diese Reaktion ist hoch spezifisch und weist den Umlauf der Streptokokkenantikörper im Blute nach. Positive Resultate wurden außer bei einigen Ekzemen bei Erysipel, beim exsudativen Erythem und bei Rheumatismus erzielt. Beim Pemphigus vulgaris neigt Verf. der Ansicht von der infektiösen Grundlage zu. Er teilt 7 Fälle (darunter 5 eigene) mit, die ihn davon überzeugten, der Pemphigus vulgaris sei eine chronische Infektionskrankheit, hervorgerufen durch eine bestimmt modifizierte Infektion in einem prädisponierten Organismus. Die bakteriologischen Befunde lassen sich alle in die Gruppe der Streptokokken in dem eingangs erwähnten Sinne einreihen. (Eigener Fall von tödlichem Pemphigus foliaceus nach Rheumatismus und Streptokokkennachweis im Gelenkinhalt.) Man findet die Streptokokken im Blute und in den Pemphigusblasen in den niedrigsten Entwicklungsformen, sei es als anaerobe Mikroben, sei es als Diplokokken, oft von ganz unbestimmter Morphologie. Ihre Form wird vom infizierten Organismus und vom infizierenden Virus beeinflußt. Der Nachweis der niedrigsten Entwicklungsformen beim Pemphigus vulgaris ist stets als Abweichung von der Norm und als prognostisch ungünstig zu werten. Streptococcus viridans und haemolyticus zeigen den nahen Exitus an. Normalerweise ist der bakteriologische Blutbefund beim Pemphigus vulgaris negativ, da die Krankheit nur im prädisponierten Organismus ausbricht. Die Prädisposition zeigt sich vor allem in der absoluten immunobiologischen Wehrlosigkeit,

Digitized by Google

erkennbar an den negativen Seroreaktionen und den negativen allergischen Veränderungen, analog ähnlichen Stadien bei Lues maligna, käsiger Pneumonie, manchen schweren Fällen von Blennorrhoe und bei maligner Streptokokkensepsis. Daher vermögen Mikroben — hier Streptokokken — in irgend einer niedrigen, somit weniger virulenten Form, Pemphigus vulgaris hervorzurufen, und daher ist es notwendig, jeden positiven Blutbefund für eine Abweichung vom benignen chronischen Normalzustand zu halten. Die negativen Befunde sind so zu erklären, daß irgend welche niedrige, bis jetzt unbekannte und vielleicht ultravisible Entwicklungsformen von Streptokokken existieren, oder durch eine lokale Infektion. Bei bestehender Prädisposition muß auch der Zustand des Zentralnervensystems und der innersekretorischen Drüsen und der Einfluß des Alters berücksichtigt werden, weil mit zunehmendem Alter der Pemphigus vulgaris im Vergleich zu anderen Arten (P. neonatorum, P. de la seconde enfance usw.) zunimmt. Das pathologisch-anatomische Substrat des Pemphigus vulgaris muß man in dem labilen, lymphbildenden Anteil der Blutkapillaren suchen. Danach könnte derselbe durch verschiedene Mikroben hervorgerufen werden. Da man aber keine Mikroben kennt, denen eine derartige Fähigkeit zukäme wie dem Streptokokkentoxin, muß dieses als die Ursache des Pemphigus vulgaris angesehen werden. Den Beweis erbringt das Experiment am gesunden Menschen. Die intradermale Inokulation des Inhalts einer Pemphigusblase rief bei einem gesunden Menschen das Bild des septischen Pemphigus hervor (Heilung). Im Blute wurde derselbe grampositive Diplokokkus von unbestimmter Morphologie nachgewiesen. Die Blase, aus der man den Inhalt überimpft hatte, war ebenso steril wie andere Blasen desselben Falles. Nach der Heilung dieses experimentellen Pemphigus wurde intradermal Streptokokkenvakzine injiziert. Darauf stellte sich ein dem schweren anaphylaktischen Chok ähnlicher Zustand ein. Damit ist der Zusammenhang zwischen dem erzeugten septischen Pemphigus und der ursprünglichen Erkrankung sowie der Zusammenhang beider mit dem Streptokokkentoxin bewiesen und gleichzeitig der Beweis für die Existenz invisibler Streptokokkenformen erbracht. Die Grundlage der Disposition zu Ekzem erblickt der Verf. auch in einer überempfindlichen lymphosekretorischen Fähigkeit oder in einer herabgesetzten Vitalität der Blutkapillaren. Die Ursache des Ekzems ist sehr häufig eine artefizielle. Es gibt aber auch Ekzemtypen mit anerkannt infektiöser Ursache (z. B. Streptokokken), die aber aus dem Begriff des Ekzems ausgeschieden und mit unberechtigt neuen Namen bezeichnet werden. Die bekannten Eigenschaften des Streptokokkentoxins bewogen den Verf. zur Nachforschung nach der Streptokokkengrundlage einiger Ekzeme, speziell der nässenden Formen. Als Beweis diente vor allem die Streptoreaktion. Bei 18 chronischen Ekzemen war die Reaktion eine negative, dagegen bei 7 von 12 akuten, nässenden Formen eine positive (58,33%). 8 akute, nässende Fälle wurden mit intrakutanen Injektionen von Streptokokkenvakzine behandelt. Es stellte sich eine Allgemein- und eine Herdreaktion ein, die von einer Besserung der Krankheit gefolgt waren: schnelles Trocknen der nässenden Flächen, Erfolg der Salizyltherapie der restlichen Veränderungen. Demnach vermag das Streptokokkentoxin das akute Nässen des Ekzems hervorzurufen; das Nässen ist das Hauptsymptom seiner Einwirkung. Ausgehend von den Möglichkeiten, die durch die mannigfaltigen Eigenschaften der Streptokokken gegeben sind, und von den klinischen Erscheinungsformen anderer Parasiten, die den Streptokokken ähnlich sind, erblickt der Verf. in den lerzteren die mögliche Ursache einiger chronischer Ekzeme. Allerdings hält er die Streptokokken weder für die einzige Ursache der Ekzeme überhaupt, noch für die Ursache aller mikrobiellen Erkrankungen; aber er nimmt an, daß die Streptokokken viel leichter ein Ekzem hervorrufen können, dank den Eigenschaften ihres Toxins, welches dessen Entstehen auch bei Individuen ohne oder mit verhältnismäßig geringer Prädisposition ermöglicht.

Therapie der Unterschenkelgeschwüre und der Verbrennungen mit Polysan, von B. Janoušek-Brünn. Das Polysan von Bečka bedeutet eine Bereicherung unseres Arsenals. Es besteht aus kolloidalem Magnesiumhydroxyd und stellt eine weiche, weiße Paste dar, die an der Luft eintrocknet und sich in Wasser nur in geringer Menge löst. Es bildet ein gutes Vehikel für Medikamente, mit Ausnahme der Säuren, in denen es sich löst. Man kann mit Polysan Medikamente leicht in kolloidalen Zustand überführen. Abgesehen von anderen Hautkrankheiten, wurde das Polysan in der Brünner Klinik bei einer größeren Anzahl von Unterschenkelgeschwüren und bei Verbrennungen aller Grade mit bemerkenswertem Erfolge angewendet. Die Geschwüre reinigen sich und epithelisieren rasch und ohne Granulationswucherungen. Die Wirkung des Polysans erklärt sich einerseits durch Alkalisierung der Wunde, andererseits durch die erhöhte Oberflächenspannung in der Wunde. Das Polysan stellt daher ein wirksames Stimulans der

Digitized by Google

Vitalität des Gewebes und des Epithelwachstums dar. Der Wirkungskreis des Polysans ist noch nicht abgeschlossen. Seine intravenöse Applikation verspricht noch bemerkenswertere Erfolge als die externe.

Interessante symmetrische Lokalisation der tertiären Lues im Zusammenhang mit chronischen Traumen, von E. Petráček-Prag. 32jähr. landwirtschaftlicher Arbeiter, vor 7 Jahren Geschwür am Präputium. 4 Schmiertouren mit grauer Salbe, worauf das Geschwür heilte. Wegen Symptomlosigkeit keine weitere Behandlung. Nach 5 Jahren entstanden an den Streckseiten beider Ellbogen und Kniegelenke kleine, braunrote, flache Papeln, die an Größe zunahmen und konfluierten und sich mit gelbgrauen und braunen, innig haftenden Borken bedeckten (Abbildung). Da sich der Kranke bei seiner Arbeit mit den Ellbogen und Knien anstemmt und diese Partien oft verletzt, legte er der Affektion keine Bedeutung bei. Ein Jahr später Affektion im Mund und am Mundwinkel und Heiserkeit (starker Raucher billiger Zigaretten). Bordet-Wassermann. Sachs-Georgi und Meinicke ++++. Nach antiluetischer Behandlung Heilung. Der Zusammenhang der psoriasisähnlichen Affektion mit kleinen, wiederholten Traumen sowie jener der Mund- und Larynxaffektion mit dem Rauchen ist ein offenkundiger. Bei einem zweiten Patienten mit framboesiformer Lues war eine typische Effloreszenz am Nacken durch den Druck des Kragenknopfes entstanden. (Abbildung.)

G. Mühlstein-Prag.

Bücherbesprechungen

Die Strahlenbehandlung gut- und bösartiger Geschwülste. Beiträge von Altschul, Borak, Fried, Görke, Grebe, Heidrich, Heimann, Martenstein, Mühlmann, Schäfer, Werner, herausgegeben von F. Heimann-Breslau. 630 Seiten mit 9 Figuren und 111 Abbildungen. Verlag G. Stilke, Berlin 1928. Preis RM. 21,—, geb. RM. 24,—. Der Verf. hat nicht beabsichtigt, die Hand- und Lehrbücher der Strahlentherapie zu ersetzen, sondern wollte speziell für das Gebiet der Geschwülste dem Praktiker die Möglichkeit geben, sich rasch über das Wichtigste zu informieren. Es ist ihm gelungen, zu diesem Zweck eine Reihe anerkannter und namhafter Strahlentherapeuten zu gewinnen, die die einzelnen, nach Organen eingeteilten Kapitel bearbeitet haben. Gewissermaßen als Einleitung sind „Physikalische Vorbemerkungen" vorausgeschickt, in denen L. Grebe-Bonn knapp und klar die physikalischen Grundlagen zusammenstellt. Es folgt die Behandlung der Tumoren der einzelnen Organe in zehn verschiedenen Kapiteln, von denen das den Dermatologen am meisten interessierende Kapitel „Haut" in H. Martenstein einen erfahrenen Bearbeiter gefunden hat. Der Dermatologe wird auch das Kapitel „Obere Luftwege" von Görke mit Interesse lesen; ich finde aber, daß die Radiumbehandlung hier bedeutend zu kurz gekommen ist, wie übrigens in dem ganzen Buche. Daß das Ausland uns in der Radiumbehandlung so bei weitem überlegen ist, wie es vielfach von deutschen Autoren betont wird, ist schon lange nicht mehr der Fall, und insbesondere die intratumorale Behandlung, die gerade bei den Tumoren der Mundhöhle sehr gute Resultate gibt, kann bei uns genau so gut ausgeführt werden wie in den anderen Ländern. Von den übrigen Kapiteln hebe ich insbesondere, wenn auch dem Dermatologen ferner liegend, das Kapitel „Knochen" hervor, das von Borak-Wien in ausgezeichneter Weise bearbeitet worden ist.

Halberstädter-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Urogenitalapparat

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Zur Frage des primären Sarkoms der Prostata und der Samenblasen, von A. A. Wassiljeff-Leningrad. (Zschr. f. urol. Chir., 1928, Bd. 25, H. 1 u. 2, S. 1.) Verf. beobachtete bei einem 60jähr. Gelehrten ein Sarkom der Samenblasen, das das ganze Becken ausfüllte und erst zuletzt Stuhlverstopfung und Beschwerden bei der Harnentleerung machte. Bei der Autopsie zeigte sich, daß eine große Geschwulst das Rektum und die hintere Wand der Harnblase umfaßt und in die Prostata übergreift, während

Digitized by Google

der vordere Teil der Prostata frei ist. Auf der Hinterwand der Harnblase ist die Schleimhaut in Form von einigen haselnußgroßen Höckern vorgewölbt. Die vordere Wand des Rektums ist in große Längsfalten gelegt. Auf der Spitze dieser Falten finden sich punktförmige Hämorrhagien. Die histologische Untersuchung ergab ein Rundzellensarkom, das von außen in die Harnblasenwand, in das Rektum und die Prostata eingewandert war, also eines der sehr seltenen primären Sarkome der Samenblase. Die Diagnose bietet wegen der nahen Nachbarschaft der genannten Organe immer Schwierigkeiten. Sarkome der Samenblasen machen anscheinend keine Symptome, bis die Raumverdrängung sich an den Nachbarorganen, der Harnblasenöffnung oder dem Mastdarm bemerkbar machen; sie können außerordentlich große Dimensionen annehmen. Die Sarkome der Samenblasen können, wenn auch spät, Metastasen erzeugen, worauf auch eine Nierenmetastase in dem Falle des Verf. schließen läßt.

A. Rosenburg-Mannheim.

e. Weibliches Genitale

Ein Fall von Leukoplakia der Gebärmutterportio, von M. Esser-Berlin. (Virch. Arch., 1928, Bd. 268, H. 2, S. 469.) Leukoplakien der Portio vaginalis sind selten beschrieben worden; bis 1926 in der gesamten Weltliteratur nur 6 Fälle in Deutschland und Frankreich, von denen 4 in längerer Beobachtungszeit in Karzinom übergingen. Seit Einführung des Kolposkops hat sich die Seltenheit als Irrtum erwiesen. Bei einem Material von 100 Betten wurden in einem Jahre über 20 Fälle diagnostiziert, die ohne das Instrument nicht hätten festgestellt werden können. Verf. beschreibt einen typischen Fall: Die etwa 4 : 3 mm große Leukoplakie sitzt am hinteren Muttermund, auf einem Gebiet, das früher Zervikalschleimhaut, jetzt mehrschichtiges Plattenepithel trägt. („Umwandlung der ektropionierten Zervikalschleimhaut in Portioschleimhaut.") Das Plattenepithel dringt mehrschichtig in die Tiefe, besonders entlang den Drüsengängen; die Basalzellenschicht ist nicht ganz so gleichmäßig wie sonst an Schleimhäuten. Zahlreiche Mitosen. Freies Tiefenwachstum nicht erkennbar. Die Leukoplakie muß pathologisch-anatomisch als noch gutartig bezeichnet werden, der Prozeß ist noch oberflächlich. In der drüsenreichen Partie Tendenz zum Tieferdringen des Epithels. (Ausgangsstelle des Übergangs ins Maligne!) Klinisch ist die Leukoplakie als „gutartige Phase einer bösartigen Erkrankung" anzusehen, deren Seltenheit nicht zutrifft, seitdem man mit Hilfe des Kolposkops in der Lage ist, winzige Leukoplakien (0,6—0,8 mm) zu erkennen.

D. Simons-Berlin.

Eine Talgdrüse in der Portioschleimhaut, von H. Hinselmann-Altona. (Zbl. f. Gyn., 1928, Nr. 30, S. 1926.) Als zufälliger Nebenbefund fand sich bei der Untersuchung einer leukoplakischen Portio eine Talgdrüse mit deutlichem, ein zentrales Lumen aufweisenden Ausführungsgang. In der Umgebung fanden sich verschiedene Epithelzapfen, die vielleicht rudimentäre Talgdrüsenanlagen darstellen.

F. Landauer-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Über Entwicklungsstörungen des Pubertätsalters, von R. Neurath-Wien. (W. m. W., 1928, Nr. 30, S. 1078.) Krankhafte Variationen des Skelettwachstums und zeitliche Verschiebung der Wachstumstendenzen einzelner Skelettpartien sind im Pubertätsalter häufig. Von krankhaften Hautveränderungen der Reifezeit werden abnorme Pigmentierungen, Pigmentwechsel der Kopfbehaarung und Pigmentierung der Interdigitalfalten genannt. Vorübergehend kann es zu viriler Behaarung bei Mädchen, femininer bei Knaben kommen. Gynäkomastie wird als Zeichen einer Hodeninsuffizienz aufgefaßt.

F. Rosenthal-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen zwischen dem Hypophysenvorderlappen und dem Genitale, von F. Schultze-Rhonhof und R. Niedenthal-Heidelberg. (Zbl. f. Gyn., 1928. Nr. 30, S. 1892.) Experimentelle Untersuchungen an Mäusen ergaben, daß der Hypophysenvorderlappen sowohl des senilen als auch des infantilen Tieres imstande ist, die Ovarialfunktion anzuregen. F. Landauer-Berlin.

Hormones hypophysaires et loi de la puberté (Hypophysenhormone und Pubertätsgesetz), von A. Lipschütz und H. Kallas. (Compt. rend. Soc. Biol., 1928, Bd. 99, Nr. 24, S. 454—456.) Im Gegensatz zu den Beobachtungen mit der Hypophyse junger Ratten und Mäuse verhält sich die Hypophyse junger Meerschweinchen anders

Digitized by Google

als die erwachsener in bezug auf die Regulierung der Ovarialfunktion. Eine Menge von Hypophyse junger Meerschweinchen, die der wirksamen Menge Hypophyse erwachsener Meerschweinchen entspricht, bleibt für die Umwandlung des Uterus wirksam. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um Unterschiede quantitativer Natur.

E. Levin-Berlin.

Gibt es eine hormonale Beeinflussuug des Geschlechts? Ein Beitrag zur Frage des Ovarialhormons, von Fr. Uhlmann, Biol. Inst. „Ciba" in Basel. (M. Kl., 1928, Nr. 28, S. 1088—1090.) Versuche mit Ovarialhormon bei Kaninchen vor der Deckung und während der Gravidität ergaben eine Beeinflussung in dem Sinne, daß weit überwiegend Weibchen zur Welt kamen. Vorbehandlung von Männchen ergab noch keine sicheren Resultate; ein Überwiegen des männlichen Geschlechts im Wurfe erscheint nicht ausgeschlossen. Die alte Hypothese, wonach der Fötus bereits im Ei geschlechtsdeterminiert ist, müßte danach fallengelassen werden. Hormon wird wahrscheinlich dem Ei und Spermatozoid vom Mutterboden mitgegeben; dieses übt einen trophischen Reiz auf die Geschlechtsanlage aus. Da der männliche Geschlechtsapparat sich durch Weiterentwicklung aus dem weiblichen entwickelt, so bedeutet ein restierendes weibliches Geschlecht ein Stehenbleiben der Entwicklung, eine Hemmung. Diese wird vielleicht durch das Ovarialhormon bedingt. Ein besonderes männliches Sexualhormon existiert vielleicht überhaupt nicht.

E. Levin-Berlin.

Sexuelle Übererregbarkeit bei Hirntumor, von O. Albrecht. (W. m. W., 1928, Nr. 28, S. 894.) Bei einem 46jähr. Pat., der an einem Hirntumor erkrankt war, traten neben anderen auf den Tumor zurückzuführenden Erscheinungen eine auffallende Zunahme des Körpergewichts und eine Steigerung der sexuellen Erregbarkeit ein, die so stark war, daß der Pat. selbst in den Zeiten fortschreitender Verschlechterung seines sonstigen Befindens täglich mindestens einmal koitierte und schließlich hierbei auch keine Entspannung mehr fand. Bei der Sektion wurde auch eine eingehende Untersuchung aller endokrinen Organe vorgenommen; doch fanden sich keine so sicheren Anzeichen, daß man von einer ausgesprochenen Beteiligung eines endokrinen Organs an dem Krankheitsprozeß sprechen könnte. Gewisse Anzeichen lassen darauf schließen, daß es sich vielleicht um gleichzeitige Störungen in der Zirbeldrüse handelt.

E. Langer-Berlin.

Hypnose und Notzucht, von G. R. Heyer-München. (Zschr. f. Sexualw., 1928, Bd. 15, H. 1, S. 1—8.) Als Gewaltanwendung im Sinne des Strafgesetzbuches kann nur die Somnambulhypnose gelten; in ihr ist sexueller Mißbrauch möglich, jedoch nur, wenn unbewußte, verdrängte Triebregungen der Hypnotisierten dem Hypnotiseur entgegenkommen. Die Gefahr eines solchen Entgegenkommens in der Hypnose als einem Zustande lustvoller Ohnmacht ist sehr groß, deswegen ist Schutz vor Ausnutzung derartiger Möglichkeiten erforderlich.

E. Levin-Berlin.

Kastration bei Sittlichkeitsverbrechern, von M. Hirschfeld-Berlin. (Zschr. f. Sexualw., 1928, Bd. 15, H. 1, S. 54—55.) Die Kastration bei Sittlichkeitsverbrechern ist nur zwecks Heilung, nicht als Strafe oder zwecks Sterilisierung indiziert. Sie gibt gute Resultate bei Kinderschändern, die vorher mehrfach bestraft waren, nachher nicht wieder rückfällig wurden. Weniger gut waren die Erfolge bei intersexuellen Personen, bei denen zwar die Stärke des Geschlechtstriebes herabgesetzt, dessen Richtung jedoch, ebenso wie Neigung zum Transvestitismus nicht beeinflußt wurde. Die Nebenwirkung der Kastration auf Allgemeinbefinden und Allgemeinhabitus ist sehr gering.

E. Levin-Berlin.

Die praktische Auswertung der Eugenik, von H. Peters. (W. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1011.) In dem ersten Teil seines interessanten Aufsatzes legt Verf. die außerordentlichen Schwierigkeiten dar, die einer wirklichen Eugenik beim Menschen gegenüberstehen. Auf die Umweltfaktoren haben wir keinerlei Einfluß. Aber selbst die Berücksichtigung sozialer Momente in dieser Frage stößt auf große Schwierigkeiten. Bezüglich der Vererbung liegen die Schwierigkeiten darin, daß die Kreuzungsverhältnisse beim Menschen unendlich mannigfaltiger sind als bei den Vererbungen bei Pflanzen und auch Tieren, deren Hochzüchtung uns viel leichter gelingen kann. So liegt unsere Hauptaufgabe nur darin, Kreuzungen einer besonders minderwertigen Sippe zu verhüten. Doch selbst hierfür sind die den Eheberatungsstellen zur Verfügung stehenden Mittel viel zu gering. Hier ließe sich nur dann wirkliche Eugenik treiben, wenn den Eheberatungsstellen viele brauchbare, über viele Generationen fortgesetzte Ahnentafeln zur Verfügung stehen würden.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Der Rückgang der venerischen Krankheiten in Schweden und seine Lehren, von J. Almkvist-Stockholm. (Mitt. Dtsch. Ges. Beh. Geschlechtskrkh., 1928, Bd. 26, Nr. 2/3, S. 17.) Die Kurven der venerischen Erkrankungsziffern verlaufen so, daß 1917/19 Ansteigen, 1919/20 Absinken zu erkennen ist. Verf. führt das nicht auf das Gesetz von 1919, sondern auf das energische Salvarsanbehandeln zurück. Der weitere sinkende Verlauf der Kurven (ab 1920) spricht aber für eine Wirkung beider: für Gesetz und Aufklärung wie für spezialärztliche Behandlung. Die Aufhebung der Reglementierung der Prostitution hatte keine Bedeutung für die Frequenz der Erkrankung in Schweden, da gleichzeitig das Gesetz gegen die venerischen Infektionen in Kraft trat. Da aber gesteigerter Luxus, Vergnügungsleben und Alkoholgenuß Vermehrung venerischer Krankheiten mit sich bringen, fordert Verf. Reformierung hierin, vor allem aber: Zuführung zu spezialärztlicher Behandlung und Aufklärung! D. Simons-Berlin.

Sur la récrudescence actuelle de la syphilis dans la région parisienne (Über das gegenwärtige Wiederanwachsen der Syphilis in der Gegend von Paris), von Jeanselme und Burnier. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 100, Nr. 27, S. 749—752.) Nachdem seit 1920 eine Abnahme der frischen Syphilis festzustellen gewesen war, ist seit 1925 ein Wiederansteigen zu bemerken, das noch anhält, so daß die Zahlen von 1920 wieder erreicht sind. Dabei scheint es sich nicht, wie zuerst angenommen wurde, um Einschleppungen aus dem Auslande zu handeln; als Ursachen kommen vielmehr in Betracht die Anwendung des Wismuts zur Anfangsbehandlung, die verhältnismäßig geringe Zahl behandelter Frauen, das Unterlassen weiterer Behandlung nach Schwinden der Erscheinungen, die für die frühzeitige Erkennung der Krankheit ungenügende Ausbildung der Ärzte, die Zunahme der heimlichen Prostitution. E. Levin-Berlin.

Venerische Krankheiten unter den Insassen der Charkower Nachtherbergen, von Glasko, Sibcrowa und Rudinsky. (Wratschebnoje Delo, 1928, Nr. 11, S. 881.) Von 1012 Insassen (darunter 875 männlichen und 137 weiblichen Geschlechts) litten 222 (193 Männer, 29 Frauen) an venerischen Krankheiten, und zwar 149 an Syphilis, 27 an Tripper, 4 an Ulcus molle und 42 waren syphilisverdächtig. Die Mehrzahl der Kranken (172) standen im Alter von 15—40 Jahren. Die Männer gaben in 55% an, sich bei Prostituierten, die Frauen in 58% bei zufälliger Begegnung infiziert zu haben.
A. Jordan-Moskau.

Die Erkrankung der Bevölkerung der Ukraine an venerischen Krankheiten und die Bedeutung der antivenerologischen Arbeit, von A. Fedorowsky. (Prophylaktitscheskaja Medicina, 1928, Nr. 5.) In der Ukraine wird beobachtet ein Stillstand in der nach den Kriegsjahren beobachteten Zunahme der Syphilis und eine deutliche Abnahme derselben, nicht nur im Vergleich zu den vorherigen Jahren, sondern auch in bezug auf die Periode vor dem Kriege; dagegen aber eine Zunahme der Blennorrhoe mit Übergreifen auf das Dorf. Die Anzahl der registrierten Fälle von Ulcus molle ist sehr unbedeutend. Dieses gute Resultat in bezug auf Syphilis ist wohl weniger auf die Neosalvarsanbehandlung als vor allem auf den energischen Kampf mit der Syphilis zurückzuführen, wobei jetzt der Kampf in verstärktem Maße auch mit der Blennorrhoe aufgenommen werden muß. A. Jordan-Moskau.

Die Bedeutung der ständigen Kontrolle der Wassermann-Reaktion und des Zervix- und Urethrasekretes bei der Prostituiertenuntersuchung, von A. Fessler, Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. d. Wilhelminenspitals Wien. (Mitt. Dtsch. Ges. Beh. Geschlechtskrh., 1928, Bd. 26, H. 2/3, S. 23.) Im Wiener Wilhelminenspital ergab die seit 1923 durchgeführte Untersuchung der Prostituierten auf Lues und Blennorrhoe die interessante Tatsache, daß etwa die Hälfte der Frauen positive WR hatte. Die meisten Resultate waren erst nach wiederholter Untersuchung erzielbar, was die Wichtigkeit der häufigeren Untersuchungen beweist; besonders auch, weil durch die Therapie Schwankungen hervorgerufen werden. Negativ waren zumeist die unter 35 Jahren alten. Etwa 15% waren blennorrhoisch, auch dabei waren die positiven Befunde nicht immer Ergebnisse der ersten Untersuchungen. Klinisch manifeste Lues war selten, etwa 2—4%, alle anderen Fälle latent oder tertiär. Daraus schließt Verf., daß die Prostitution in Wien in bezug auf Lues keine allgemeine Gefahr darstelle. Das sei auf die polizeiliche Kontrolle zurückzuführen. Verf. regt an, diese durch eine ärztliche Fürsorge zu ersetzen. D. Simons-Berlin.

Die Geschlechtskrankheiten der Prostituierten. II. Die Syphilisdurchseuchung der Berliner Prostitution, von F. Pinkus-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 28,

Digitized by Google

S. 1077—1078.) Mit ziemlicher Regelmäßigkeit hat sich ergeben, daß von den nichtkontrollierten oder frisch unter Kontrolle gestellten Mädchen bereits ungefähr 54% syphilisinfiziert waren. Während der weiteren Prostitutionstätigkeit wurden 23,18% infiziert; 23,56% blieben ohne nachweisbare Syphilis. Die Zahl der noch nicht unter Kontrolle gestellten eingelieferten Frauen, unter denen sich auch wieder 53,66% syphilitische fanden, nahm bis 1922 zu, von 1924 auf 1925 rapide ab (Ende der Inflationszeit, verringerter Fremdenverkehr in Berlin, weniger scharfes Zugreifen der Straßenpolizei); die Zahl der Syphilis nahm von 1925 auf 1926 entsprechend dem allgemeinen Rückgange der Syphilis ab. Bei den Krankenhausaufnahmen, deren Infektionszeit feststellbar war, zeigt sich eine Zunahme im Anfange des Krieges, ganz ungeheuer aber nach ihm bis auf mehr als das Doppelte (1084) im Jahre 1920; danach findet eine schnelle Abnahme statt. Bei den nach Aufhebung der Reglementierung in der Beratungsstelle I versorgten früheren Prostituierten ergaben sich 75% negativ reagierende als Ergebnis der Berliner Kontrolle und der Behandlung. Die Zahl der vorgenommenen Syphiliskuren ist dafür von großer Bedeutung; in den Jahren 1914—1925 wurden im Krankenhause (abgesehen von sonstigen ambulanten Behandlungen) durchschnittlich jährlich etwa 1000 Syphiliskuren durchgeführt, die sich auf durchschnittlich jährlich 669 Syphilisinfektionen verteilen. E. Levin-Berlin.

Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung im Frauenkrankenhaus zu Berlin-Reinickendorf, von O. Juliusburger. (Mitt. Dtsch. Ges. Beh. Geschlechtskrkh., 1928, Bd. 26, H. 2/3, S. 27.) Verf. untersuchte 170 der polizeilichen Kontrolle unterstehende oder von der Polizei in das Krankenhaus eingelieferte geschlechtskranke Frauen des Krankenhauses Berlin-Reinickendorf auf psychiatrische oder psychologische Befunde, besonders in Richtung der Freudschen Analyse und der Adlerschen Individualpsychologie. Dabei stellte Verf. fest, daß der Alkoholismus und Nikotinismus häufig waren. Frühzeitiges Sozialbewußtsein fehlt meist, sehr früh ist der Drang nach Geld zur Befriedigung momentaner Lust; starker Lebensdurst, wobei die Fähigkeit zur Sublimierung völlig versagt; psychosexuelle Komplexe wie Ödipuskomplex waren selten, meist spielt eine Freundin die verhängnisvolle Rolle der Führerin und Verführerin. Homosexuelle und Transvestiten sind nicht häufig (Verf. hält an der Auffassung der konstitutionellen Grundlage der Homosexualität fest), die wenigen wiesen eine Bevorzugung der linken Seite auf (Fliess) und besaßen eine besondere Haßeinstellung gegen den Mann. Sadismus wurde mehr als Masochismus gefunden, und zwar aus Geldgründen. Neben Alkohol und Nikotin ist der Kokainismus sehr verbreitet. Der Sexualtrieb scheint durch kleine Dosen nicht beeinflußt zu werden, jedoch der dadurch bewirkte „Bewegungsdrang" kann für das Geschäft ausgenutzt werden. Die Mädchen behaupten, daß nach Alkoholgenuß genommenes Kokain die Alkoholwirkung aufhebe, so daß unbegrenzte Mengen Alkohol ohne Wirkung getrunken werden können. Der Lebenswert war den meisten gleichgültig; sie leben der Gegenwart. Kinos spielen eine große Rolle, besonders Kriminalstücke. Familiensinn ist wenig vorhanden, Gemeinschaftsbewußtsein selten. Auffallende Vorliebe für alte, körperlich mitgenommene Frauen wurde festgestellt, jedoch konnten zur Kontrolle hierfür die Männer nicht befragt werden. Psychoneurosen wurden nicht gefunden, wenige Paralysen und eine paranoide Psychose, selten Imbezilität.
D. Simons-Berlin.

Die Reglementierung der Prostitution in Ungarn, von A. König-Budapest. (Zschr. f. Sexualw., 1928, Bd. 15, H. 1, S. 59—60.) In Ungarn ist neuerdings eine Regelung dahin erfolgt, daß die Ausübung der Prostitution nur nach Eintragung in ein Register erfolgen darf, die von verschiedenen Bedingungen (Alter, Gesundheitszustand usw.) abhängig gemacht wird. Bordelle sind aufgehoben, Wohnen auf bestimmte Straßen beschränkt, hier jedoch Ausübung des Gewerbes nur mit besonderer Genehmigung gestattet, sonst soll es in sog. Rendezvousplätzen ausgeübt werden. Das öffentliche Verhalten der Prostituierten ist geregelt. Kranke Personen (Männer und Frauen), die Verkehr ausüben, werden bestraft; die geheime Prostitution wird verfolgt und bestraft.
E. Levin-Berlin.

Erfahrungen über Ermittlungen und Meldungen von Ansteckungsquellen vor Einführung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. Steinke, Univ.-Hautkl. Greifswald. (Mitt. Dtsch. Ges. Beh. Geschlechtskrkh., 1928, Bd. 26, H. 2/3, S. 29.) Verf. gibt eine Statistik über die Erfahrungen, die die Greifswalder Klinik innerhalb dreier Jahre über Ermittlungen von Quellen venerischer Krankheiten gemacht hat. Die Klinik sandte nach den Angaben der Erkrankten an Polizei oder Kreisarzt Meldeformulare zwecks Untersuchung, sich auf die Notverordnung von

Digitized by Google

1918 stützend. Selbstverständlich kamen Denunziationen vor, oft war der angeblich Angesteckte der Ansteckende, oft verweigerten Kranke die Angaben (in $^2/_5$ der Fälle). Von den Männern machten 47%, von den Frauen 72% Angaben. In über 33% aller Fälle wurden die Meldebogen überhaupt nicht zurückgesandt. Von 375 Gemeldeten in $3^1/_2$ Jahren (vor Einführung des neuen Gesetzes) konnten nur 105 erfaßt werden, „so daß im großen und ganzen die Menge der aufgewandten Arbeit in keinem Verhältnis zum erzielten Erfolg steht". Ob das neue Gesetz Änderung schaffen wird, wird vom Verf. für nicht sehr wahrscheinlich gehalten. D. Simons-Berlin.

Dermatologischer Unterricht

Die Dermatologie und Venerologie im Wandel der Zeiten, von L. Kumer-Innsbruck. (W. kl. W., 1928, Nr. 29, S. 1033.) Die Antrittsvorlesung gibt einen kurzen Überblick über das Thema. Etwas ausführlicher werden die Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte und die modernen Fragen des Fachgebietes besprochen.
L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Die Bedeutung der Farben in der Dermatologie, von G. Riehl. (W. kl. W., 1928, Nr. 21, S. 735.) Eine feinsinnige Studie, die, auf der von Newton und Goethe bis zu Ostwald geführten Farbenlehre beruhend, den Wert der genaueren Farbenanalyse für die Dermatologie schildert. M. Cohn-Dresden.

Experimentelle Vererbungsbiologie und Medizin, von H. W. Siemens-München. (M. m. W., 1928, Nr. 31, S. 1325.) Siemens betont die Wichtigkeit erbbiologischer Kenntnisse und wendet sich gegen die Überschätzung der Schwierigkeiten, die einer Beschäftigung mit der Erbbiologie in weiten ärztlichen Kreisen hinderlich sein könnte. Der Arzt, welcher nicht selbst als Forscher tätig sein will, braucht nicht die umfangreichen und komplizierten Einzelheiten des Mendelismus zu beherrschen, sondern er kann bei Kenntnis der Grundtatsachen Arbeiten über menschliche Vererbungspathologie ausreichend verstehen. Ein zweites Bedenken geht dahin, daß die Anforderungen der Erbforschung an den mathematischen Sinn höhere sind, als sie sonst an den Leser medizinischer Arbeiten gestellt werden. Es ist allerdings richtig, daß die Verwendung komplizierter Methoden auf dem Gebiete der Vererbungspathologie in besonderem Maße übertrieben worden ist: man sollte sich auf die einfachsten Berechnungsmethoden beschränken, und diese liegen dem Arzt, der doch an Häufigkeitsbeziehungen gewöhnt ist, schon näher. Der Statistik hängt nun der Makel des Trügerischen an, der seinen Ausdruck in der bekannten Redensart findet, daß sie nur „eine Form der Lüge sei". Das trifft aber nicht zu, die Schuld liegt nicht an der Statistik selbst, sondern daran, daß der Fehler der kleinen Zahl sowie derjenige der Materialauslese noch nicht genügend berücksichtigt wird. Die Schwierigkeiten der vererbungspathologischen Forschung werden auch insofern übertrieben, als man sagt, der menschlichen Erbforschung fehle das Züchtungsexperiment. Das ist an sich zwar richtig, der Mangel des Experimentes kann niemals völlig ersetzt, er kann aber durch eine großzügig organisierte Materialbeschaffung weitgehend ausgeglichen werden. Von der erbpathologischen Forschung wird auch die klinische Diagnostik und die Konstitutionspathologie befruchtet werden. Vererbungspathologie und Klinik müssen Hand in Hand gehen und die gegebene Stelle für erstere ist der vererbungsbiologisch vorgebildete Arzt. Die Schwierigkeiten, die einer Ausbildung in dieser Hinsicht im Wege standen, sind, wie es Siemens scheint, durch die Gründung des „Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik" in Berlin-Dahlem unter Eugen Fischer beseitigt. L. Leven-Elberfeld.

Anatomie und Physiologie der Haut

Thermoelement für Hauttemperaturmessungen, von W. Strauss-Berlin. (Kl. W., 1928, Nr. 34, S. 1604.) Verf. beschreibt unter Beifügung einer Abbildung ein von ihm angegebenes und im Handel bereits erhältliches Thermoelement zur Hauttemperaturmessung. Da es einen nur ganz geringen Auflagedruck besitzt, sind die Differenzen bei der Temperaturmessung gleich Null. E. Langer-Berlin.

Resorption der Kohlensäure durch die Haut, von St. Hediger-Zürich. (Kl. W., 1928, Nr. 33, S. 1553.) Verf. gibt eine einfache Methodik an, mit deren Hilfe man die durch die Haut resorbierte Kohlensäure und die Kohlensäureabgabe in ihrem zeitlichen und quantitativen Verlauf analytisch feststellen kann. So ergibt sich z. B., daß der Betrag der bei einem Kohlensäurebade resorbierten Kohlensäure durch die Haut

Digitized by Google

etwa 200 ccm pro Minute oder 6 Liter in einer halben Stunde beträgt. Es beruht die Resorption der Kohlensäure durch die Haut auf einer Diffusionserscheinung. Diese Diffusion erfolgt in Richtung des Spannungsgefälles so lange, bis diesseits und jenseits der Haut in der Höhe der alveolaren bzw. Gewebs-Kohlensäurespannung ein Gleichgewicht sich herausgebildet hat. E. Langer-Berlin.

Allgemeine Physiologie

Ein zwillings-pathologischer Beitrag zur Frage: Idiotypus, Paratypus und Neurose, von H. Hartmann und F. Stumpfl. (W. m. W., 1928, Nr. 28, S. 911.) Verf. berichtet über ein eineiiges Zwillingspaar, bei dem das eine Kind an einer wahrscheinlich neurotischen Sprachstörung litt, während das andere keinerlei derartige Anzeichen aufweist. Es muß für die Störung eine exogene Einwirkung als Ursache angenommen werden. Die Möglichkeit einer intrauterinen Beeinflussung muß dabei offengelassen werden. Weiterhin ist ein Analogieschluß von einer paratypischen oder genotypischen Neurosenform auf die Gesamtheit des betreffenden Nourosengebietes nicht ohne weiteres zulässig. E. Langer-Berlin.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Spezifische Diagnose und Therapie der Überempfindlichkeitskrankheiten, von H. Munter-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 30, S. 1152.) Bei den Überempfindlichkeitskrankheiten ist zu unterscheiden zwischen der Anaphylaxie, bei der erst die wiederholte Einspritzung die Zeichen der gesteigerten Empfindlichkeit auftreten läßt, und der Atopie, bei der anscheinend schon von Natur aus eine Überempfindlichkeit besteht und bei der schon die erste Einspritzung unter Umständen zum Tode führen kann. Mit dem anaphylaktischen Reaktionskörper können Meerschweinchen passiv sensibilisiert werden; die Atopie ist nur lokal auf die menschliche Haut passiv übertragbar. Atopische Überempfindlichkeit kann beim Menschen so gut wie gegen jeden Stoff bestehen; die größte Rolle spielen Staub, Tierhaare (Pelze), Pollen, Nahrungsmittel. Von den Krankheiten, die sie bei disponierten Menschen hervorrufen können, wurden auf der Überempfindlichkeitsabteilung des Instituts „Robert Koch" bei Heufieber- und Asthmakranken spezifische Diagnose und Therapie geprüft. Zu ersterer werden Extrakte der in Frage kommenden Stoffe verwendet, die in exakter Weise eingestellt sein müssen; es werden am ersten Prüfungstage 17 Extrakte von Substanzen, die gewöhnlich durch den Respirationstraktus, am nächsten 18 Extrakte von Substanzen, die gewöhnlich durch den Digestionstraktus in den menschlichen Körper eindringen, intrakutan eingespritzt. Positiv ist die Reaktion bei deutlicher Rötung und eventueller Schwellung und deutlichen von der Quaddel ausgehenden Ausläufern. Bei kleinen Kindern wird Blut entnommen, von dem Serum auf gesunden Personen Quaddeln angelegt und damit die Überempfindlichkeit örtlich übertragen und in diese Quaddeln die Extrakte eingespritzt. Die Teste sind beweisend nur im Zusammenhang mit der sonstigen Untersuchung und der sorgfältig durchgeführten Anamnese, da besonders bei länger bestehender Erkrankung psychische Momente die Anfälle beherrschen. Die spezifische Behandlung besteht in Entfernung der als reaktiv erkannten Stoffe, eventuell Klimawechsel, subkutaner Einspritzung des Extrakt-Atopens, mit der schwächsten Konzentration, die gerade noch eine Hautreaktion hervorruft, beginnend und allmählich steigend. Falls keine besondere Noxe nachgewiesen, unspezifische Behandlung (abgetötete Bakterien, Kaseinlösung, Eigenblut). Bei Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel dreimal täglich 0,5 g Pepton vor dem Essen. Asthma bei Frauen in den Wechseljahren wurde durch Ektrakt aus menschlichen Plazenten gut beeinflußt. Die „Begleitkrankheiten" der Überempfindlichkeit müssen ausgiebig mitbehandelt werden. E. Levin-Berlin.

Über die Bedeutung der allergischen Überempfindlichkeitskrankheiten (Asthma bronchiale, Heufieber, allergische Ekzeme, Nesselsucht, allergische Durchfälle, Migräne usw.) für die allgemeine Praxis, von M. J. Gutmann-München. (M. m. W., 1928, Nr. 30, S. 1304.) Kurze Übersicht, vor allem über die Bedeutung der Diagnose durch Hauttests und verschiedene Desensibilisierungsmethoden. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Food Allergy as the Cause of Nasal Symptoms [Nahrungsallergie als Ursache nasaler Symptome (nasale Allergie)], von Ch. H. Eyermann-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 91, Nr. 5, S. 312.) Vasomotorische Rhinitiden können durch Nahrungsmittelaufnahme hervorgerufen werden. Einige der beobachteten Fälle scheinen darauf

Digitized by Google

hinzudeuten, daß entweder ein einheitliches Allergen oder eine nacheinanderfolgende Wirkung mehrerer Allergene notwendig ist, um die Symptome auftreten zu lassen. Bei einigen Beobachtungen ist das Auftreten oder die Stärke der Allergie wohl von der Höhe der Dosis abhängig. Diese Dosis kann auch das Ergebnis einer Zusammenwirkung von eingeatmeten und auf dem Nahrungswege aufgenommenen Allergenen sein. Dies kommt bei Pat. vor, bei denen das Auftreten der Symptome sowohl an gewisse Jahreszeiten gebunden ist, als auch bei solchen, deren Beschwerden keinen jahreszeitlichen Schwankungen unterworfen sind. Die an Nahrungsmittelaufnahme gebundene nasale Allergie kommt mit negativer Hautreaktion vor und kann dann durch experimentelle und klinische Prüfung der Diät festgestellt werden. P. Seier-Heidelberg.

Pneumatische und allergenfreie Kammern, von E. Aron-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1928, Jg. 69, H. 8, S. 339.) Verf. polemisiert insofern gegen Storm van Leeuven, als er nachweist, daß die sogenannte allergenfreie Kammer nur eine technische Abart der schon lange im Gebrauch befindlichen pneumatischen Kammer ist. Wie allgemein bekannt, reisen die Asthmakranken schon seit langem in Bäder mit pneumatischen Kammern; die gute Wirkung dieser beruht — und diese Vertiefung der Anschauungen ist Storm van Leeuven zu danken — neben der Luftkompression gewiß auf der Allergenfreiheit der Luft in diesen Kammern. H. Colman-Berlin.

Eosinophilie in Hay Fever (Eosinophilie bei Heufieber), von L. Sternberg-New York City. (Am. J. m. sc., 1928, Bd. 176, Nr. 1, S. 82—87.) Die Vermehrung der Eosinophilen beim Heufieber scheint eine Chokreaktion zu sein. Die Menge des bei diesen Pat. angewendeten Pollenextraktes genügt nicht, um diese Reaktion zu bewirken. Bei Pat. ohne Symptome des Heufiebers konnte vor und während der Behandlung keine Vermehrung nachgewiesen werden. E. Levin-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Die biologisch-chemische Forschungsrichtung in der Dermatologie, von E. Urbach, Univ.-Kl. f. Syph. u. Derm. Wien. (W. kl. W., 1928, H. 17, S. 581.) Die zur Feststellung krankhafter Stoffwechselveränderungen herangezogenen Untersuchungsverfahren der Körperflüssigkeiten (Blutzucker, Rest-N, Kochsalzspiegel usw.) sind oft nicht ausreichend, da es einen Parallelismus zwischen Blut und Gewebe im allgemeinen nicht gibt. Außerdem kommen Fälle vor, in denen Belastungsproben versagen, da zugeführte Salz-, Zuckermengen usw. in den Geweben deponiert werden, so auch in der Haut. Zur Untersuchung des Stoffwechsels dieses Organs wird nach der Methode des Verf. eine breite Kromayersche Stanze angewandt, welche Entnahme stets gleich großer Hautstücke gestattet. Mikrochemische Untersuchung der letzteren nach Urbach-Fentl ermöglicht Bestimmung nicht nur der harnfähigen Substanzen, sondern auch des Gehaltes an Ca, K, Na, Mg, Cholesterin. Tabellarische Angabe des Wassergehaltes in Kutis und subkutanem Fettgewebe bei Normalen verschiedener Altersstufen sowie bei einer Reihe von Hautaffektionen. Die Chlorbelastungsprobe (10 Tage lang täglich 10 g NaCl) ergibt bei Pemphigus eine Retention von über 100%. Als Speicherungsorgan für Eiweißschlacken nimmt die Haut die zweite Stelle (nach der Muskulatur) ein (Versuche an Kindern); erhöhter Haut-Rest-N bei Alterspruritus. Es ergibt sich die Notwendigkeit, die Analyse der Haut zu einer histo-physikochemischen zu machen, auch im Hinblick auf das bessere Verständnis des therapeutischen Vorgehens. F. Jacobsohn.

Die biologisch-chemische Forschungsrichtung in der Dermatologie (Schluß), von E. Urbach, Derm. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 18, S. 634.) Die Bedeutung des Bindegewebes der Kutis für die Dermatopathologie ergibt sich aus dessen Funktionen der Diffussionsvermittlung (Stoffaustausch), der Depotbildung (für Wasser, Salze, Substanzen des Ernährungsstoffwechsels) sowie der Regulierung der Konzentration (Salzausgleich) wie der H-OH-Isoionik. Nach Gans entsprechen den einzelnen Hautschichten bestimmte normale pH-Werte, bei deren künstlicher Änderung krankhafte Erscheinungen auftreten. Die Anfälligkeit für Dermatosen ist nicht zuletzt von dem Säuregrad der Haut abhängig (Durchbrechung des sog. Harnsäuremantels). Auch für die Therapie ist die physiko-chemische Behandlungsweise wichtig (Wirkung der Umschläge, Diffusion der Arzneimittel). Daß das Hautorgan auch über einen eigenen Stoffwechsel verfügt, geht aus den Befunden aller wesentlichen bekannten Fermente in der Haut hervor. Einen Beitrag zu der Tätigkeit der Haut als immunkörperbildendes Organ liefert die Beobachtung U.s, daß sich mit dem Inhalt der auf einer allergischen Reaktionsstelle gezogenen Blase die betreffenden Reagine übertragen lassen; bei Graviden

Digitized by Google

läßt sich mit Fötalextrakt keine Intradermoreaktion (im Gegensatz zu der starken bei Männern und Nichtschwangeren) erzielen. Schließlich ist auch die Bestimmung des Hirnvirussalzes zur Feststellung vegetativer Störungen bei manchen Hautleiden (Hyperhidrosis, Zirkulations- bzw. trophische Störungen) heranzuziehen. F. Jacobsohn.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten

Mercurochrome 220 Soluble (Lösliches Merkurochrom 220), von J. Eyre, H. E. F. Notton und Sir W. J. Pope. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3527, S. 238.) Eine exakt-chemische Untersuchung von verschiedenen Marken von käuflichem Merkurochrom ergab bei dreien derselben sowohl in bezug auf den Gehalt an Hg als auch auf den Prozentsatz von Bromazetat und H_2O merkliche, zum Teil sogar recht erhebliche Abweichungen von der ursprünglichen Whiteschen Formel. Auch das Tierexperiment, mit einer 0,4%igen Lösung als Injektion in die Ohrvene bei Kaninchen ausgeführt, lieferte in bezug auf die Toxizität recht variierende Resultate. Beim Vergleich der Analysen der verschiedenen Präparate mit den Ergebnissen der Toxizitätsprüfungen ergab sich, daß im allgemeinen die Toxizität in direkter Beziehung zu dem verschiedenen Gehalt an Hg steht. Besonders betont wird dabei, daß eine 0,4%ige Lösung unbedingt der bei einer Reihe von Fällen angewandten 1%igen Lösung vorzuziehen ist. Verf. schildert auch einige klinische Beobachtungen, bei denen namentlich auf Anwesenheit von Streptococcus longus haemolyticus beruhende septische Zustände erfolgreich mit Merkurochrom bekämpft wurden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Resorption des Quecksilbers nach Applikation der weißen Präzipitatsalbe auf die Haut, von G. Maloff-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 33, S. 1381.) Nach etwa 3 Wochen langer Einreibung von 5%iger weißer Präzipitatsalbe wurden nur sehr geringe Mengen Quecksilber im Harn nachgewiesen ($^7/_{100}$ mg). Nach Applikation von Ung. praecip. alb. waren etwas größere Hg-Mengen zur Resorption gelangt, jedoch viel kleinere als nach der gewöhnlichen Schmierkur resorbiert werden. Die vollkommenere Resorption des Hg in der grauen Salbe ist darauf zurückzuführen, daß das Hg in ihr in metallischer Form vorliegt, während das weiße Präzipitat eine komplexe Hg-Verbindung ist. F. Harry-Wiesbaden.

Die Gefährlichkeit des Quecksilbers und der Almalgamzahnfüllungen, von A. Stock, Chem. Inst. Techn. Hochschule Karlsruhe. (M. Kl., 1928, Nr. 29, S. 1114 bis 1117; Nr. 30, S. 1154—1158.) Weitere Untersuchungen über Gefährdung weiter Kreise durch das in den Amalgamfüllungen enthaltene Quecksilber, die besonders in den Quecksilberuntersuchungsstellen der I. Med. Klinik der Charité und des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin gemacht wurden, bestätigten die früheren Warnungen. Die chronische Vergiftung bei gewerblich Tätigen (Chemikern, Physikern, Ärzten, Zahnärzten) durch Quecksilberdampf ist außerordentlich verbreitet; dabei sind die Quecksilbermengen, die bei genügend langer Einwirkung den Menschen schädigen können, sehr gering. Soweit möglich sollte das Quecksilber aus dem täglichen Leben verbannt (Zimmer-, Badethermometer usw.) und wo es sonst zur Verwendung kommt, mit größter Vorsicht gehandhabt werden. In vielen wissenschaftlichen Laboratorien kommen sicher dauernd chronische Quecksilbervergiftungen vor. Eine besondere Quecksilberüberempfindlichkeit scheint nicht vorzuliegen. Als Zeichen der Vergiftung zeigen sich gradweise zunehmend: 1. Müdigkeit, leicht verminderte Arbeitslust und -kraft; 2. verstärkte geistige Mattigkeit, Mißmut, Gereiztheit, verringertes Gedächtnis, Kopfdruck; 3. Benommenheit, Kopfschmerz, Speichelfluß, chronischer Schnupfen, Katarrhe, Entzündungen von Zahnfleisch und Mundschleimhaut, Lockerung der Zähne, nervöse Herzunruhe, Magenbeschwerden, Durchfälle, Darmblutungen, Tremor; 4. schwere eitrige Katarrhe und Halsentzündungen, Verlust von Zähnen, Reißen, Hautausschläge, starke Durchfälle, quälende Kopfschmerzen, Gehör-, Sprach-, Sehstörungen, Depressionen, Gedächtnislosigkeit. Die Erscheinungen zeigen Schwankungen. Die Analyse der Se- und Exkrete kann Quecksilber in größeren Mengen ergeben als bei Quecksilberkranken, ohne daß Beschwerden vorhanden sind. Fehlen schließt jedoch Quecksilbervergiftung aus. Bei der Behandlung kommt es darauf an, alle Quellen zu verstopfen, aus denen dem Pat. erneut Quecksilber zufließen kann, das Schwinden der Erscheinungen bestätigt dann die Diagnose. Eine besondere Gefährdung besteht für Zahnärzte durch Verarbeitung der Amalgamzahnfüllungen; bei dem größten Teil der Zahnärzte und der regelmäßig bei ihnen beschäftigten Personen konnte Quecksilber im Harn nachgewiesen werden. Solange die Almagame nicht durch anderes Füllmaterial ersetzt sind, ist größte Vorsicht und Sauberkeit bei dem Hantieren mit dem

Digitized by Google

Amalgam erforderlich. Für Personen, die Amalgamfüllungen im Munde haben, besteht die größte Schädigung durch das Kupfer-Amalgam, das vollkommen verlassen und durch Edelamalgame ersetzt werden muß; letztere, die zwar nicht in gleichem Maße schädlich, aber keinesfalls unschädlich sind und bei denen man auch häufig Quecksilber im Harn nachweisen kann, sind bisher noch nicht immer zu ersetzen. Die Schädigung des Publikums durch die Amalgame ist eine ungeheuer große; treten Erscheinungen solcher auf, so sind sämtliche Füllungen zu entfernen, jedoch mit großer Vorsicht, damit der Pat. nicht größere Mengen Quecksilber in Lunge und Magen bekommt. Die Herstellung eines den Amalgamen gleichwertigen, aber unschädlichen Füllmittels ist eine dringende Forderung. E. Levin-Berlin.

Bismuth as a Diuretic (Wismut als Diuretikum), von H. G. Mertens und D. J. Hanzlik with the Collaboration of D. C. Marshall und N. S. Brown-San Francisco. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 91, Nr. 4, S. 223.) Die Verff. geben an Hand von Tabellen und Kurven ein Bild von der Wirkung des Wismuts als Diuretikum. Es werden in ihrer Wirkung untersucht das metallische Bi in Dextroselösung, das Kaliumtartrat und das salizylsaure Bi bei intramuskulärer Verabreichung. Es zeigt sich dabei, daß die Diurese im großen und ganzen unabhängig ist von der Verbindung des Bi, vielmehr abhängt von dem Bi-Ion. Bei oraler Darreichung von Bismuthum subnitricum scheint das Nitrat diuretisch zu wirken. Der Höhepunkt der Diurese fällt mit der größten Bi-Ausscheidung im Harn zusammen, und die Stärke der Diurese scheint von der Höhe der Dosis abhängig zu sein. Nach der ersten Injektion hält die Diurese etwa 24 Stunden an und wird durch Reinjektion wieder hervorgerufen. Es scheint aber nach einigen Versuchen die Niere nicht sehr lange auf Bi mit einer Diurese zu antworten, sondern es hört bei wiederholten Bi-Injektionen die Diurese auf, trotzdem noch Bi im Harn in gleicher Höhe ausgeschieden wird wie während der stärksten Diurese. Im Gegensatz zu Quecksilberchlorid soll das Bi auch ohne das Vorhandensein von Ödemen diuretisch wirken. Vergiftungserscheinungen sind bei allen diesen Versuchen nicht beobachtet worden. P. Seier-Heidelberg.

Über Thalliumvergiftung beim Kinde, von J. Fuld-München. (M. m. W., 1928. Nr. 26, S. 1124.) Beschreibung eines Falles, bei dem trotz peinlicher Innehaltung der Vorschriften schwere, über einen Monat anhaltende Vergiftungserscheinungen auftraten unter dem Bilde einer Polyneuritis bzw. später Polyarthritis; nebenbei Durchfälle. Es handelt sich um einen 12jähr. Knaben. Verf. kommt zu dem Schlusse: Die therapeutische Dosis des Thalliums kann nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern, die vor der sichtbaren Geschlechtsreife stehen, zugleich toxische Dosis sein. Hierfür wäre als Erklärung eine bereits eingetretene Umstellung des vegetativen Systems und damit eine Überempfindlichkeit gegenüber dem Thallium wie bei Erwachsenen anzunehmen. Fr. Ortmann-Magdeburg.

Zur inneren Behandlung von Hautkrankheiten, von E. Badelt-Breslau. (Fortschr. d. Ther., 1928, Jg. 4, H. 15, S. 493.) Durch Arsenkalzibiose, worin Lezithin, Kalzium und Hämoglobin enthalten ist, wurden langwierige Psoriasis und Ekzemfälle günstig beeinflußt. F. Rosenthal-Berlin.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Skin Eruptions with Phenobarbital (Luminal) (Hauterscheinungen nach Luminal), von W. C. Menninger-Topeka, Kan. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 91, Nr. 1, S. 14.) Verf. sammelte 41 in der Literatur niedergelegte Fälle von Luminalintoxikation mit Hauterscheinungen und beschreibt 3 Fälle eigener Beobachtung, bei denen sonst nicht toxisch wirkende Dosen von Luminal gegeben worden waren. Es handelte sich um scharlach- bzw. masernähnliche Erytheme und Temperatursteigerungen. Die Hauterscheinungen klangen unter feiner Schuppung ab, bei einem Fall blieben für einige Monate Hautpigmentationen zurück. Meist treten ernste Erscheinungen nur bei hohen Dosen auf, doch sind auch schwere Reaktionen nach normalen Dosen bekannt. Die Zeitspanne zwischen der ersten Gabe und dem Auftreten des Erythems kann sich von 24 Stunden bis zu 86 Tagen ausdehnen. Man beobachtet zwei Formen der Hauterscheinungen: die urtikarielle, die sehr bald nach der ersten Gabe Luminal auftritt, und das skarlatinöse oder morbilliforme makulo-papulöse Erythem, das sich innerhalb weniger Stunden über den ganzen Körper auszubreiten pflegt. Selten sind vesikuläre und bullöse Formen. Die Dauer der Erkrankung beträgt durchschnittlich 2—10 Tage, bei manchen Fällen jedoch erheblich länger. Verf. glaubt, daß keine Zusammenhänge zwischen Dosis

Digitized by Google

und Körpergewicht bestehen, daß vielmehr bei Intoxikationen durch übliche Dosen Luminal konstitutionelle Faktoren von Bedeutung sind. P. Seier-Heidelberg.

Primeln als Urheber von Haut- und Augenschädigungen, von H. Beger-Berlin (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1928, Nr. 15, S. 526.) Zwei Primelarten in erster Linie machen die Primeldermatitis: die chinesische und die japanische Primel (Primula sinensis und Primula obconica). Die stärkere ist Primula obconica. Nach statistischen Berechnungen sollen 6% solcher hautempfindlicher Personen vorhanden sein. Die ersten Erscheinungen treten erst nach 2—6 Stunden auf. Prädilektionsstellen: Beugeseiten, Handgelenke, Mundschleimhaut. Nebenerscheinungen: Kopfschmerzen, nervöse Unruhe, geringes Fieber. Durch die Hände Weiterübertragung vor allem auf das Gesicht. Eine Frau, die einen Primelstengel zerkaute, erkrankte unter äußerst schmerzhaften Schwellungen der Mund- und Rachenschleimhäute. Behandlung: Außer der ursächlichen Entfernung der Noxe Bestreichen der Stellen mit Natrium-bicarbon.-Lösung (1—2 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser), Waschungen der Haut mit 10%iger Kalilauge, Alkohol, Chloroform, Äther, Salmiak zur Entfernung und Lösung des Primelgiftes.

Fr. Ortmann-Magdeburg.

Pigmentations cervicales „en coulées" ou „en breloques". Rôle de l'eau de Cologne. Application thérapeutique (Nackenpigmentationen in „Fließstreifen"- oder „Berlockform". Rolle des Kölnischen Wassers. Therapeutische Auswertung), von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1928, Bd. 142, Nr. 32, S. 153.) Die Berlockdermatitis wird durch gemeinsame Wirkung der Sonnenbestrahlung und der Anwendung von Eau de Cologne hervorgerufen, wobei die in letzterem enthaltenen Essenzen, besonders Bergamotteöl, nicht der Alkohol, das schädigende Agens darstellen. Die Krankheit wird nicht bei allen den dafür günstigen Bedingungen ausgesetzten Personen und auch bei experimenteller Erzeugung nicht regelmäßig hervorgerufen, so daß eine persönliche Disposition angenommen werden muß. Es lag nahe, die auf diese Weise hervorgerufene Hyperpigmentierung therapeutisch zur Beeinflussung der Vitiligo zu verwenden, indem nach vorhergehenden Einreibungen der Haut mit den in Frage kommenden Essenzen Hohensonnebestrahlungen appliziert wurden. In einigen Fällen ist auch eine gewisse Färbung der Haut erzielt worden, die aber vorübergehend gewesen zu sein scheint; im ganzen ist von dieser Methode nicht viel zu erwarten. E. Levin-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Über die Bedeutung einer ausreichenden Stromversorgung für Röntgeninstitute, von E. v. Schubert-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 32, S. 1338.) Infolge ungenügender Stromversorgung werden an vielen Orten die Apparate, namentlich die für Diagnostik, nicht ausgenutzt. Die Institute sind gezwungen, mit geringer Belastung langzeitige Aufnahmen zu machen, um das Zusammenbrechen der Spannung bei kurzzeitigen hochbelasteten Aufnahmen zu vermeiden. Sämtliche elektromedizinischen Institute der Charité sind jetzt an einen besonderen Stromkreis angeschlossen, der von einem gewaltig dimensionierten Transformator gespeist wird und den Strom ohne merklichen Spannungsabfall überall heranbringt. Durch diesen Stromkreis ist die Charité in idealer Weise mit Strom versorgt. F. Harry-Wiesbaden.

Allgemeine Gesichtspunkte für die Röntgenbestrahlung der Hautkrankheiten, von A. Stühmer-Münster. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 3, S. 469.) Verf. ist der Ansicht, daß man die Röntgenbestrahlung der Hautkrankheiten bis zu dem Zeitpunkt aufsparen soll, wo alle anderen Mittel des Dermatologen versagen. Diese Überzeugung ist ihm aus langjähriger Praxis erwachsen; er begründet sie theoretisch, indem er sagt, daß jede Hautstelle nur eine begrenzte Sensibilität für Licht habe, und wenn diese gleich im Anfang aufgebraucht sei, auch die übrigen Mittel des Dermatologen keine Wirkungsbreite mehr besäßen. Zu frühes oder alleiniges Bestrahlen von Hautkrankheiten bezeichnet er deshalb als „Kunstfehler". Ganz besonders müsse diese Erfahrung berücksichtigt werden, weil Röntgenstrahlen eine lange Nachwirkung haben und Rezidive auf vorbestrahlter oder gar röntgengeschädigter Haut therapeutisch sehr hartnäckig sind. Dem Patienten gegenüber müsse man immer das Verantwortungsvolle des Eingriffes betonen. Sehr widerrät Verf., Röntgenbestrahlungen als „Entzündungstherapie" akuter Dermatosen zu benutzen. Die Bezeichnung der Dosis mit 100% bei Volldosis, entsprechenden Prozentangaben bei Teildosen an Stelle der üblichen X-Angaben erscheint zweckmäßig, da man zu wirklich vergleichenden Dosisangaben kommt, wenn jede Apparatur nur physikalisch exakt auf 100% eingestellt ist. Verzettelung der

Digitized by Google

Dosis und kritikloses Bestrahlen in unregelmäßigen Zwischenräumen muß unbedingt vermieden werden. Verf. bestrahlt in drei Serien mit 10tägigen Intervallen. Die Erfahrung wird lehren, welche Prozentzahlen für die einzelnen Dermatosen bei Serienbestrahlungen das Minimum an wirksamer Strahlung darstellen.

E. Kottmaier-Mainz.

Beitrag zur Kenntnis der Röntgenhyposensibilität der Haut, von L. Haas-Budapest. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 3, S. 608.) Verschiedene Häute haben verschiedene Röntgensensibilität. Der Begriff der normalen Hauterythemdosis ist deshalb nur als ein am häufigsten vorkommender, durchschnittlicher Mittelwert anzusehen. Die Abweichung nach oben (Hypersensibilität) ist schon vielfach diskutiert. Über Hyposensibilität findet sich in der Literatur nur wenig. Die Zahl der hyposensiblen Individuen ist klein. Verf. konnte nur 4 Fälle zweifellos verläßlich feststellen. Es handelt sich um 4 Kranke mit Hyperidrosis. Bei der einen Patientin war jegliche Röntgentherapie in bekannten MX-Maßen erfolglos. Erst bei mehrfacher HED (im ganzen 265% HED im Verlauf von 6—8 Wochen verabreicht) trat der erwünschte Erfolg ein. Eine Hautreaktion entstand auch dann nicht. Bei dieser Pat. war die Hautreaktion auch gegen Adrenalin und Dermographie herabgesetzt. Die drei anderen Fälle reagierten erst auf 135—180% der HED. Wahrscheinlich steht die Hyposensibilität mit der geringeren Durchblutung der Haut in Zusammenhang. Hier kann der Kontraktilitätszustand der Gefäße eine Rolle spielen, der wieder vom Innervationszustand bedingt ist. Verf. möchte mit diesem Hinweis das Sammeln diesbezüglicher konkreter Angaben anregen.

E. Kottmaier-Mainz.

Beitrag zur Röntgentherapie der Hautkrankheiten, von C. L. Lancashire-Manchester. Aus dem Englischen übertragen von G. Wittigschlager-Bremen. (Strahlentherapie, 1928, Bd. 29, H. 2, S. 241.) Seit mehreren Jahren hat Verf. seinen Heilplan des Ulcus rodens so gestaltet, daß er zuerst die Ränder in Lokalanästhesie auskratzt und darauf eine „Pastillendosis" (Sabouraud) harter Strahlung appliziert. An den beiden folgenden Tagen wird die gleiche Strahlendosis erneut gegeben. Dauererfolg sowie kosmetischer Effekt sind ausgezeichnet. In vorgeschrittenen Fällen wird die Röntgenoberflächentherapie mit Diathermie kombiniert. Gute Erfolge sah Verf. bei chronischem Ekzem, Psoriasis, Lichen ruber planus. Bei hartnäckigen Fällen der Acne vulgaris gilt Röntgentherapie als Ultimum refugium. Besonders gut reagieren Sycosis parasitaria, Trichophytie und Staphylokokkeninfektionen der Kopfhaut. Das furchtbare Jucken des Pruritus vulvae wird fast immer gelindert. Bei Mycosis fungoides dürfte die Röntgenbestrahlung das einzige Mittel sein, das Leben zu verlängern. So lebte ein Patient in relativem Wohlbefinden noch mehr als 10 Jahre. Nur beim Lupus vulgaris mußte die erst stürmisch begrüßte Röntgentherapie mehr und mehr zurücktreten, da die Erfolge keine glänzenden waren und sich in den röntgenbestrahlten Stellen öfters ein Karzinom entwickelte.

E. Kottmaier-Mainz.

Über Entzündungsbestrahlungen, von H. Edelmann-Erfurt. (Zbl. f. Chir., 1928, Nr. 31, S. 1923.) Die Röntgenstrahlen unterstützen in auffallendem Maße die Heilung eitriger schlecht granulierender Wunden. Wesentlich ist, die Röntgentherapie nicht zu früh anzuwenden, sondern erst, wenn die reparativen Vorgänge bereits eingesetzt haben, in der Regel nicht vor dem 10. Tag. Bei der Dosierung ist Vorsicht am Platze, da schon geringe Überdosierung den Heilungsprozeß stark verzögern kann; die Dosis von 50 R erwies sich am wirkungsvollsten. Der Allgemeinzustand blieb durch die Bestrahlung unbeeinflußt, nur in einzelnen Fällen stellte sich eine örtliche Schmerzempfindung ein. Vor der Bestrahlung vorhandener Wundschmerz wurde durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen behoben, indem die die Entzündung begleitende örtliche Azidose umgewandelt wird in eine schmerzfreie Alkalose.

F. Landauer-Berlin.

The Radiation Risks of the Roentgenologist (Die Gefährdung des Röntgenologen durch Strahlung), von A. E. Barclay. (Am. J. of Roentgenol., 1928, Bd. 19, Nr. 6, S. 551.) Die ungewollte Strahlung in Räumen, in denen diagnostische Röntgenuntersuchungen vorgenommen werden, wurde mit einem Iontoquantimeter gemessen, dem eine besonders große und daher empfindliche Kammer aufgesetzt wurde. Durch Füllung der Kammer mit Methylbromyd konnte sie weiter in ihrer Empfindlichkeit auf das 20—25fache gesteigert werden. Außerdem wurden gewöhnliche Eastmanfilme mit Dosen zwischen 0,0002 und 0,0134 R stufenweise belichtet und durch den Schwärzungsgrad von Testfilmen festgestellt, wie groß die tägliche Dosis an bestimmten Stellen des Untersuchungsraumes unter gewissen Arbeitsbedingungen war. Es wurde untersucht,

Digitized by Google

welche Schutzmaßnahmen am Bestrahlungsgerät vorhanden sein mußten, damit eine tägliche Dosis von 0,00028 HED nicht überschritten wurde. In einem Betrieb, in dem täglich an 50 Patienten mit 80 Aufnahmen untersucht werden, genügt ein Röhrenschutz von 1 mm Blei. Bei Durchleuchtungen ist ein Bleischutz von 2 mm notwendig. Dies gilt auch für den Durchleuchtungsschirm, der größer sein muß als der maximal geöffnete Strahlenkegel der Röntgenröhre. Blutschädigungen wurden in dem Betriebe des Verf. nie beobachtet. Holthusen.

Röntgensarkom, von H. J. Alius-Tübingen. (Bruns' Beitr., Bd. 143, H. 3. S. 567.) Auf dem Boden eines seit dem 6. Lebensjahr bestehenden Lupus vulgaris der linken Halsseite, der trotz Pyrogallus- und Röntgenbehandlung nicht ausheilte, entwickelte sich bei einem 38jähr. Pat. 17 Jahre nach der ersten therapeutischen Röntgenbestrahlung ein äußerst malignes Spindelzellensarkom, das trotz Exzision innerhalb 6 Monaten ad exitum führte. Der Pat. hatte sich in seiner Tätigkeit viele Jahre hindurch schutzlos dauernd kleinen Röntgendosen ausgesetzt. Unter den bisher publizierten 15 Fällen von Röntgensarkom finden sich nur drei reine Röntgenfälle. Da der begünstigende Einfluß chronischer Entzündungen auf die Sarkomentwicklung bekannt ist, möchte Verf. die lupöse Hautentzündung als mitwirkenden Faktor in diesem Falle nicht ablehnen.

W. Curth-Berlin.

Ultra-violet Ray Therapie (Die Ultraviolettstrahlentherapie), von E. P. Cumberbatch. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3523, S. 43.) Nach einem Überblick über die physikalischen und biologischen Grundlagen der Ultraviolettlichttherapie gibt der Verf. Richtlinien für ihre Anwendung bei den verschiedenen Krankheiten. Die Arbeit bietet für den deutschen Dermatologen und Lichttherapeuten nichts Neues.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Der nächste Kongreß der Deutschen Urologischen Gesellschaft findet 1929 in München unter dem Vorsitz von Prof. Kiellleuthner statt.

Ernannt: Prof. agr. H. Gougerot zum Professor der Dermatologie und Syphilis an Stelle des emeritierten Prof. Jeanselme in Paris.

Gewählt: Geh.-Rat Prof. Jadassohn zum Vizepräsidenten der Union internationale contre le péril vénérien;

Prof. Victor Blum in Wien zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Gestorben: Dr. Th. Photinos jr. aus Athen, Volontärarzt des Hôpital Saint-Louis in Paris;

Dr. Walter Booth Adams, emeritierter Professor der Dermatologie und Pharmakologie an der amerikanischen Universität in Beirut (Syrien). R.

Berichtigungen

In der Arbeit von v. Notthafft „Von Funden mittelalterlicher Syphilis" gehört die Anmerkung von Seite 1440 auf Seite 1441 und zu dem ersten Satz dieser Seite. Auf Seite 1442 Zeile 17 von unten muß es statt „Afrikas" „Asiens" heißen.

In der Arbeit von P. Unna jr. „Heilung von 5 Fällen von exfol. Erythrodermien", in Nr. 37 (Bd. 87) der Derm. W., fehlt der Hinweis auf eine 1925 aus der Unnaschen Klinik hervorgegangene Arbeit von A. Holländer (D. m. W., 1925, Nr. 11), in welcher Holländer bereits über die Suprareninbehandlung, insbesondere der Erythrodermien, unter Anführung zweier Fälle berichtet.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 48 (Bd. 87) 1. Dezember 1928

Aus der Universitäts-Hautklinik, Freiburg i. Br. (Direktor: Prof. G. A. Rost)

Epidermidale Aspergillusmykose der Haut

Von

Prof. Ph. Keller, Oberarzt

Mit 1 Abbildung im Text

Finden wir Schimmelpilze auf einer erkrankten Haut, so können diese als parasitäre Erreger wie als Allergene ätiologisch in Frage kommen. Meist handelt es sich jedoch um Verschmutzungen, wie sie jedem, der sich mit Pilzzüchtung befaßt, bekannt sind und wie sie gerade bei behandelten, auch mit Chrysarobinsalben behandelten Dermatomykosen die von uns als echt angesehenen Erreger überwuchern. Hierbei findet man jedoch in der Regel eine sehr gemischte verschiedenartige Schimmelpilzflora.

Die Rolle der Schimmelpilze als Allergene ist von Storm van Leeuwen in den letzten Jahren vorübergehend so stark betont worden, daß er die Schimmelpilze als die verbreitetste Allergenart für die vielen Formen des Asthmas ohne spezifische Überempfindlichkeit verantwortlich machen wollte. Jedoch haben sich auf Schimmelpilzextrakte nur bei einem Teil solcher Fälle, ähnlich übrigens wie bei der typisch allergischen Hauterkrankung, dem „spätexsudativen Ekzematoid“ (Rost), positive Hautreaktionen nachweisen lassen.

Als primäre Schimmelpilzerkrankungen der Haut können nur außerordentlich wenige Fälle gelten. Meist handelte es sich um Aspergillusinfektionen, die Erkrankungen der Kutis und der regionären Drüsen hervorrufen, ähnlich wie bei Sporotrichose oder Aktinomykose und die auf Jodmedikation abheilen.

Noch seltener sind epidermidale Formen. Als solche sind in der bisherigen Literatur (Zusammenstellungen bei Sartory, v. Lesczynski und Epler, Niethe) lediglich Fälle von Olsen, neuerdings von Karrenberg beschrieben. Der im folgenden mitgeteilte Fall darf mit großer Wahrscheinlichkeit als epidermidale Aspergillusmykose angesehen werden.

Ein Kollege aus der Tschechoslovakei suchte wegen eines seit 14 Tagen bestehenden Ausschlages am 16. V. 1927 die Sprechstunde für Akademiker in der Universitäts-Hautklinik auf. Die Herkunft der Erkrankung ist unbekannt. Am rechten Handgelenk findet sich ein fünfmarkstückgroßer unbehandelter Herd, gerötet, schuppend und mit Bläschen besetzt. Der erste Eindruck ist der einer oberflächlichen Trichophytie, abweichend vom typischen Befund sind zahlreiche wasserhelle Bläschen. Im Nativpräparat finden sich in den Blasendecken, und zwar in allen, die an mehreren Tagen untersucht werden, Myzelien, die durch ihre Form und Größe sofort auffallen: sie sind selten

Digitized by Google

geradlinig und fadenartig, sondern wulstig, gebogen, verzweigt und septiert (Abb. 1). Die Kultur ergibt in etwa 40 Röhrchen ohne jede Beimischung eine Aspergillusart mit den typischen Fruktifikationsorganen. Die Riesenkultur wächst auf Maltose- und Glukosenährboden grün, mit Granulationen; auf Peptonagar ist das Wachstum geringer, die Kultur ist weiß, zentral braunrötlich, leicht beflaumt und radial gefurcht.

Prof. GÄUMANN (Zürich), der Verfasser eines der neuesten botanischen Werke über Schimmelpilze, beurteilt den Pilz auf Grund von eingesandten Lebendkulturen wie folgt[1]):

„Der Pilz gehört zweifelsohne in die Gruppe des Aspergillus versicolor (VUILL.) Tir. Diese Gruppe ist mit der Aspergillus-nidulans-Gruppe nahe verwandt und wird von einigen Autoren, so von SARTORY, Champignons parasites de l'homme et des animaux, sogar mit ihr vereinigt: nach meinem Gefühl scheint sie sich aber von ihr habituell wegen des radialen Ausstrahlens ihrer Konidienketten genügend zu unterscheiden, um ihre Selbständigkeit aufrechtzuerhalten. Über diese Versicolorgruppe siehe die Arbeit von B. MIRSKY, Thèse de médicine, Nancy 1903, Nr. 27. Innerhalb der Versicolorgruppe scheint der Pilz am besten mit der Sterigmatocystis tunetane LANGERON (Bull. Soc. path. exot., 1924, Bd. 17, S. 345—347, ferner BLANC und CAILLON, l. c. S. 343—345), die aus einem Ulkus aus Tunis isoliert wurde, übereinzustimmen. Mehrere Eigentümlichkeiten morphologischer Art und auch die Veränderungen der Farbe während des Alterns stimmen mit ihr frappant überein, soweit es sich natürlich an Hand der Beschreibungen feststellen läßt."

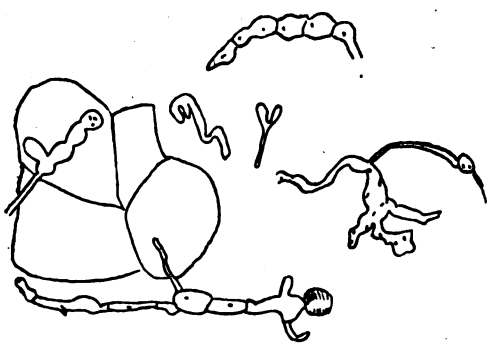


Abb. 1. Nativpräparat der Aspergillusmykose. Größenverhältnis relativ zu den Hornzellen

Der Verlauf der Erkrankung ist insofern interessant, als weder durch Jodtinktur noch durch 3%ige Chrysarobinpaste eine entschiedene Besserung erreicht wurde, sondern erst durch tägliche Sublimatbäder, die eine Abheilung bewirkten. Ausdrücklich sei darauf hingewiesen, daß in sämtlichen Bläschen, die bis zum Ende der Erkrankung noch auftraten, der genannte Erreger mikroskopisch und kulturell allein festzustellen war.

Natürlich haben wir die Pathogenität der gewonnenen Kulturen festzustellen versucht. Jedoch blieb bei allen acht inokulierten Personen eine Erkrankung aus. Auch dieses Ergebnis wird denjenigen, der viel mit experimentellen Inokulationen von Pilzkulturen beim Menschen gearbeitet hat, nicht überraschen; so ist ja auch die Überimpfung mit dem KAUFMANN-WOLFschen Pilz fast unmöglich und gelingt nur selten, wenn eine künstliche Verschlechterung der Haut als Nährboden z. B. durch Schweißmazeration vorgenommen wird (v. GRAFFENRIED).

Im vorliegenden Fall glauben wir, daß der regelmäßige mikroskopisch und kulturell einheitliche und reine Befund zusammen mit der Eigenart des Krankheitsbildes und der Notwendigkeit der antimykotischen Therapie

[1]) Auch an dieser Stelle sei Herrn Prof. GÄUMANN unser Dank für die Überlassung seines Befundes zum Ausdruck gebracht.

Digitized by Google

die Diagnose verbürgt. Man erkennt gerade an dieser Grenze von parasitären und saprophytären Pilzaffektionen der Haut, wie gelegentlich immer wieder bei einzelnen disponierten Personen die Umwandlung verschiedenster banaler Pilze in pathogene erfolgt, was grundsätzlich als Allgemeinerscheinung unseres Erachtens wichtiger zu werten ist, während der Einzelfall in Beziehung zu einem bestimmten Erreger verhältnismäßig bedeutungslos ist und kaum den Anspruch erheben darf, als selbständiges Krankheitsbild ausgestaltet zu werden.

Literatur

v. Graffenried, Derm. W., 1918, Bd. 66. — Karrenberg, Kl. W., 1928, S. 1204. — Niethe, Arch. f. Derm., 1926, Bd. 152, S. 358. — v. Leszczynski-Epler, Derm. W., 1926, Bd. 82, S. 181. — Sartory, Champignons parasites, Paris 1922—1923, S. 551. — Storm van Leeuwen-Kremer, Kl. W., 1927, S. 408.

Über experimentelle und klinische Versuche zur Entgiftung des Thalliums durch Natriumthiosulfat

Vorbemerkung

Von

A. Buschke in Berlin

Seit längerer Zeit sind wir damit beschäftigt, das Thallium zu entgiften, ohne seine spezifische und therapeutische Wirksamkeit abzuschwächen. Die entsprechenden experimentellen Untersuchungen, welche ich mit Dr. Preiser und Dr. Joseph in umfassender Weise ausgeführt habe (ein kurzer Bericht ist in der Kl. W. erfolgt), erstrecken sich auf etwa 20 verschiedene Thalliumsalze[1]) (auch Doppelsalze), die Herr Prof. Rosenheim und Dr. Arnold Gelarie in New York mir freundlichst darstellten, auf Hormone, auf Schwefel- und Jodpräparate (Detoxin, Natriumthiosulfat, Jodnatrium und Jodkali, Thyroxin usw.). Unsere bisherigen Versuche sind im wesentlichen negativ ausgefallen — speziell auch beim Nathiosulfat. Letzteres habe ich auch in einigen Fällen während der Thalliumbehandlung verabreicht (vgl. M. Kl. und Derm. W.), ohne daß diese wenigen Beobachtungen ausgereicht hätten, ein Urteil zu gestatten, wenngleich sie zeigten, daß die therapeutische Thalliumwirkung nicht herabgesetzt wurde, Nebenwirkungen fehlten. Die Beobachtungen von Mrongowius und Duchan und der Umstand, daß letzterer von der russischen Regierung zu mir geschickt wurde, um bei uns diese für Rußland so wichtige Frage zu erforschen, veranlaßten mich, diese Untersuchungen nochmals mit modifizierter Versuchsanordnung aufzunehmen. Wir teilen die Ergebnisse mit allem Vorbehalt mit, mehr als Anregung zu weiterer Forschung, weil wir dieselben noch nicht für ausreichend halten, um ein

[1]) Thalliumchlorür, -fluorür und -jodür, Dipropylthalliumchlorid, Thalliumaluminat, Thallophenolat, Dimethyl- bzw. Phenylthalliumbromid, Dipropylthalliumnitrat, Na-Thallipyrophosphat, Thalliumhexamethylentetramin, Na-Thallotartrat, Atoxylthallium, Thalliummetaarsenit, Thallium-Goldverbindungen usw.

Digitized by Google

abschließendes Urteil zu gewinnen, zumal bei dem labilen Charakter des Natriumthiosulfats und bei der Schwierigkeit, die toxischen Grenzdosen für Thalliumverabfolgung bei kleinen Versuchstieren sicher festzulegen, die Möglichkeit von Irrtümern nicht ausgeschlossen erscheint.

Aus der Zentral-Favus-Heilstätte Minsk (Chefarzt: Dr. G. Duchan)

Zur Frage der Vermeidung der Komplikationen bei der Thalliumtherapie

Vorläufige Mitteilung

Von

Prof. Ju. Mrongowius und Dr. G. Duchan

Die große Verbreitung der Pilzerkrankungen der Haare in Rußland, besonders in den Randstaaten, und die Unmöglichkeit, dieses Leiden durch das alte Heilverfahren der Röntgentherapie wirksam und systematisch zu bekämpfen, gibt Anlaß, auf die Behandlungsmethode mit Thallium besondere Aufmerksamkeit zu verwenden.

Auf Grund der Veröffentlichungen von verschiedener Seite, hauptsächlich auch Buschkins und seiner Schüler, wurde diese Frage mehrere Jahre in der russischen und ausländischen Literatur erörtert. Die Billigkeit des Mittels und die Leichtigkeit seiner Anwendung im Vergleich zur Röntgentherapie brachten die meisten Autoren zur Erkenntnis, daß dieses Verfahren besonders empfehlenswert ist. Einer von uns (Dr. Duchan) hat die Thalliumbehandlung bzw. diese Kombination mit Röntgenbestrahlungen bei über 200 Fällen von Pilzerkrankungen des Kopfes angewandt mit recht befriedigendem Erfolg. Nach den übereinstimmenden Berichten russischer und ausländischer Kliniker, wobei das Thallium in über 2000 Fällen zur Anwendung kam, verursacht das Thallium bei geeigneter Dosierung (8 mg pro Kilogramm Nackt-Körpergewicht) befriedigende Epilation bei sicherem Wiederwachstum der Haare. Bei Kindern über 10 Jahren besteht jedoch die Gefahr von Komplikationen (Intoxikation); für Erwachsene kommt das Mittel aus diesem Grunde überhaupt am besten nicht in Betracht. Allerdings haben es einzelne Autoren auch hier angewandt, wobei aber schwere Nebenwirkungen auftraten, die allerdings zurückgingen. Infolgedessen ist auf die Frage der Verminderung der toxischen Wirkung besonderes Gewicht zu legen.

Da das Thallium zur Gruppe der Schwermetalle gehört, deren Giftwirkung durch Natriumthiosulfat herabgemindert wird, erschien es aussichtsvoll, Natriumthiosulfat zur Vermeidung bzw. Bekämpfung von Komplikationen bei der Thalliumtherapie heranzuziehen. Zur leichteren Anwendung dieses Verfahrens entschlossen wir uns, die Wirkung des Natriumthiosulfats nicht bei intravenöser, wie bisher, sondern bei oraler Darreichung zu prüfen.

Natriumthiosulfat oder Natrium hyposulfurosum ($Na_2S_2O_3$) wurde zuerst 1920 von Ravane zur Bekämpfung von Salvarsandermatitiden empfohlen. Durch die Versuche von Z. Uhlmann an Meerschweinchen

Digitized by Google

von Hess und A. Massaro an Kaninchen ergab sich, daß Natriumthiosulfat nicht nur als Gegengift für Arsenik, sondern auch für Quecksilber wirksam ist. Zur Prüfung der Brauchbarkeit des Natriumthiosulfats haben wir Versuchsreihen an 15 stationären Kranken der Zentral-Favus-Heilstätte Minsk vorgenommen. Die betreffenden Patienten standen im Alter von 12—18 Jahren, in welchem Lebensalter nach den Angaben aller Autoren in 60% der Fälle Nebenerscheinungen auftreten. 6 Patienten wurde essigsaures Thallium (0,008 g pro Kilogramm Körpergewicht) verabfolgt. 9 Kranke erhielten dieselbe Dosis und außerdem Natriumthiosulfat in Mengen von 1—1,5 g in Wasser gelöst innerlich dreimal täglich bis zur völligen Epilation. Bei beiden Gruppen begann die Epilation der Haare zur gleichen Zeit. Die Kranken, die nur Thallium erhalten hatten, klagten am 5.—6. Tage über Schmerzen in den Kniegelenken; in einem Falle traten auch Magenschmerzen auf. Die Kranken, denen gleichzeitig Natriumthiosulfat verabfolgt wurde, fühlten sich während der ganzen Zeitdauer der Behandlung wohlauf. Um die Wirkung des Natriumthiosulfats auf eintretende Vergiftungserscheinungen zu prüfen, haben wir bei 6 Patienten, bei denen Komplikationen aufzutreten begannen, Natriumthiosulfat (dreimal täglich 1,5 g) zugeführt. 3—4 Tage später schwanden die Komplikationssymptome.

Die geringe Zahl dieser Beobachtungen läßt selbstverständlich noch keine endgültigen Schlüsse zu. Die weitere Erforschung dieser Frage wird von uns an größerem Patientenmaterial nach einem von Prof. Buschke angegebenen Plan fortgesetzt.

Buschke (Schlußbemerkung):

Auf Grund der vorstehenden Beobachtungen läßt sich zunächst angeben, daß die gleichzeitige Zufuhr von Thallium und Natriumthiosulfat die enthaarende Wirksamkeit des Thalliums nicht zu beeinträchtigen scheint. Der sichere Beweis für eine Entgiftung des letzteren wäre allerdings erst erbracht, wenn es gelänge, bei Verabfolgung von Natriumthiosulfat die Kinderdosis von Thalliumazetat ohne Schaden bei Erwachsenen, in erster Linie bei Favuskranken, anzuwenden. Derartige Versuche verbieten sich für uns schon wegen des Mangels entsprechender Krankheitsfälle, müssen daher den russischen Kollegen vorbehalten bleiben.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, Berlin
(Dirigierender Arzt: Prof. Dr. A. Buschke)

Über die Anwendung des Natriumthiosulfats zur Verhütung der Komplikationen bei der Thalliumtherapie

Von

Prof. A. Buschke, Dr. G. Duchan, Chefarzt der Favus-Heilstätte in Minsk, und Dr. A. Joseph, Assistent der Abteilung

In W.S.S.R., wo die Pilzkrankheiten der Kopfhaare eine der wichtigsten sozialen Krankheiten darstellen, kann die Röntgentherapie wegen Mangel an Röntgenapparaten bei der großen Anzahl der Kranken usw. keine ausreichenden Erfolge erzielen.

Digitized by Google

Wie aus den in deutscher und russischer Sprache veröffentlichten Arbeiten Buschkes und seiner Mitarbeiter hervorgeht, vertragen Kinder im Alter bis zu 8—10 Jahren die Thalliumbehandlung fast ohne jegliche Komplikationen. Bei älteren Kindern aber treten meist Nebenerscheinungen auf, die allerdings in der Regel schnell wieder verschwinden.

Buschke hat schon seit längerer Zeit — zunächst an Tieren und einigen Krankheitsfällen — Versuche vorgenommen, welche eine Entgiftung des Thalliums ohne Beeinträchtigung seiner Wirksamkeit bezweckten, u. a. mit Nathiosulfat, ohne sichere Resultate zu erhalten. Duchan[1]) stellte in der Zentral-Favus-Heilstätte in Minsk unlängst erfolgreiche Versuche in dieser Richtung mit Natriumthiosulfat an bei Kindern im Alter von über 10 Jahren, bei denen in 60% mit Komplikationen zu rechnen ist. Darüber wird unten berichtet.

Bei unseren jetzigen an Ratten und Mäusen vorgenommenen Versuchen gingen wir aus von den durch Buschke und seine Mitarbeiter ermittelten toxischen Dosen von Thallium acet., die auf 20 g Maus 0,0008 g, und auf 100 g Ratte 0,002 g bei subkutaner Applikation betragen. Dabei ist zu bemerken, daß das Thallium den Tod der Versuchstiere auch bei höherer Dosierung im allgemeinen erst nach mehreren Stunden bis Tagen herbeiführt; eine akute regelmäßig letale Dosis läßt sich auch bei intravenöser Zufuhr nicht mit Sicherheit angeben. In der ersten Versuchsreihe wurden 8 Mäuse (15—20 g) vor der Thalliumapplikation 14 Tage hindurch mit Natriumthiosulfat gefüttert. Bei der nachherigen Injektion von Thallium acet. in sicher tödlichen Dosen kam es zum Tode der Versuchstiere nach 2—3 Tagen. In einer zweiten Serie wurden 8 Mäuse von 20—24 g nach Vorbehandlung mit Injektionen von Natriumthiosulfat (0,002 g jeden 2. Tag) mit tödlichen Dosen von 1 bis 1,6 mg Thallium acet. subkutan gespritzt. Sämtliche Versuchstiere gingen nach 2—3 Tagen ein. Kontrolltiere von 19—22 g, die 0,8—1,2 mg Thallium erhielten, gingen im gleichen Zeitraum zugrunde. In einer dritten Versuchsreihe erhielten 8 Mäuse im Gewicht von 20—24 g gleichzeitig 0,02 g Natriumthiosulfat und Thallium acet. in Mengen von 1 bis 1,4 mg, in der Folgezeit jeden 2. Tag 14 Tage hindurch 0,02 g Natriumthiosulfat. Alle Tiere blieben am Leben, mit Ausnahme einer Maus von 21 g Gewicht, die 1,4 mg Thallium erhalten hatte.

Gleichsinnige Versuche wurden an Ratten angestellt. In der ersten Versuchsreihe erhielten 5 Ratten von 60—80 g Gewicht jeden zweiten Tag 0,1 g Natriumthiosulfat, gleichzeitig eine einmalige Dosis von 1,6 bis 2,4 mg Thallium acet. Von diesen Tieren starben 2 von 60 und 80 g, die 1,8 bzw. 2,4 mg Thallium erhalten hatten. In einer zweiten Serie, wobei 6 Ratten (70—80 g) wiederum gleichzeitig Natriumthiosulfat (0,1 g) und Thallium acet. (1,6—2,4 mg) erhielten, blieben 4 Tiere am Leben, während 2 Ratten von 60 und 80 g Gewicht, die 1,8 bzw. 2,4 mg Thallium acet. erhalten hatten, am 3. und 4. Tage eingingen. Auch in dieser Versuchsreihe wurde Natriumthiosulfat 2 Wochen hindurch jeden 2. Tag weitergegeben. Vorbehandlung mit Natriumthiosulfat bei einer Serie von

[1]) Duchan wurde zu diesem Zweck vom Volkskommissariat für Gesundheitswesen in W.S.S.R. nach Berlin in die Klinik von Prof. Buschke beordert.

Digitized by Google

6 Ratten (77—88 g) erwies sich ebenso wie im Mäuseversuch als unwirksam; die Tiere starben am 2.—4. Tag nach der Thalliuminjektion.

Aus diesen Befunden scheint hervorzugehen, daß Natriumthiosulfat, gleichzeitig mit Thallium acet. einverleibt und noch längere Zeit hindurch weitergegeben, möglicherweise eine Entgiftung des Thalliums herbeizuführen imstande ist[1]). Dagegen ist auch längere Zeit hindurch fortgesetzte Vorbehandlung mit Natriumthiosulfat, die ja auch praktisch weniger in Betracht kommt, gänzlich unwirksam. Dieser Unterschied der Wirkungsweise des Natriumthiosulfats erklärt sich wohl durch die Tatsache, daß diese Verbindung ihrem Aufbau nach sehr labil ist und wahrscheinlich im Organismus sehr bald zersetzt oder ausgeschieden wird. Es liegt auf der Hand, daß die vorstehenden Untersuchungen noch der Ergänzung bedürfen, so auch im Hinblick auf die Frage, ob die Wirkung des Thalliums durch die gleichzeitige Einverleibung von Natriumthiosulfat beeinträchtigt wird. Wir betrachten diese Versuche, welche wir zunächst aus äußeren Gründen abbrechen mußten, lediglich als Anregung. Es sei hervorgehoben, daß die Festsetzung der tödlichen Thalliumdosis nicht absolut sicher ist, so daß bei kleinen Versuchsreihen Irrtümer möglich sind und erst größere Versuchsreihen, besonders auch an größeren Tieren erforderlich sind.

Wenn diese Versuche die obigen Resultate bestätigen sollten, so würde als wichtig resultieren, daß für die Wirkung des Nathiosulfats überhaupt die gleichzeitige Applikation und eventuelle Fortsetzung derselben wichtig ist, wohl weil sonst das Metall schon zu fest verankert ist; ferner scheint es im Einklang mit den klinischen Beobachtungen, daß möglicherweise vorwiegend die den Metallen gemeinsame Giftwirkung, weniger die spezifische Thalliumwirkung, beeinflußt wird. Immerhin sei nochmals auf das Problematische dieser Untersuchungen hingewiesen.

Nachtrag: Diese Versuche habe ich (Buschke) mit A. Joseph in größerem Maßstabe wiederholt, und zwar wurde eine Serie von 20 Mäusen sowie eine Reihe von 15 Ratten gleichzeitig mit Thalliumazetat und Natriumthiosulfat behandelt. Dabei erhielten wir jedoch ein völlig negatives Ergebnis, insofern als diese Tiere der tödlichen Thalliumdosis ebenso erlagen wie die Vergleichstiere. Somit ist auf Grund der Tierversuche jedenfalls kein sicherer Beweis für eine Entgiftung des Thalliums durch Natriumthiosulfat erbracht. Ob bei chronischer Thalliumvergiftung, auch an größeren Versuchstieren, eine solche Wirkung erzielbar ist, sollen weitere, noch in Gang befindliche Versuche ergeben.

---

[1]) Die Giftwirkung des Thalliums ist möglicherweise zum Teil allgemein metallischer Art, weniger auf den spezifischen Wirkungen des Thalliums beruhend. Wir führen das an anderer Stelle aus (vgl. Kl. W., 1928, Nr. 34 u. a. a. O.).

Digitized by Google

Aus der Dermatol. Klinik des Allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. H. Ritter)

Ergebnisse der Liquoruntersuchungen bei 477 Subokzipitalpunktionen

Von

Dr. A. Ritzefeld,

früher Assistenzarzt der Klinik, jetzt Fürsorgearzt bei der Geschlechtskrankenfürsorge der hamburgischen Gesundheitsbehörde

In dieser Wochenschrift wurde über Erfahrungen bei 477 Subokzipitalpunktionen, die im Laufe eines Jahres an unserer Klinik vorgenommen wurden, berichtet. Wir kamen im wesentlichen zu dem Schluß, daß die Subokzipitalpunktion in der Hand des Geübten einen harmlosen, ungefährlichen Eingriff darstellt, der im Interesse des Patienten nicht unterlassen werden sollte, da durch ihn eine Kontrolle des Liquors ermöglicht wird. Für die Klinik resultiert aus seiner weitgehendsten Anwendung die Tatsache, daß unsere Kenntnisse über Liquorinfektion gefördert werden.

Insbesondere wird der Wert der Liquoruntersuchung in den Fällen vor Augen geführt, bei denen der Blutwassermann — auch nach verfeinerten Methoden, z. B. der Jacobsthalschen Kältemethode — negativ ist, die im Rahmen unserer früheren Anschauungen also als geheilt betrachtet wurden, und die einen positiven Liquorbefund bieten.

Wir wollen im folgenden die Ergebnisse der Untersuchung von 477 Liquores in extenso mitteilen und dabei in erster Linie auf die letztgenannte Frage eingehen, die nach unseren Erfahrungen doch eine bedeutend größere Rolle zu spielen scheint, als bislang genügend hervorgehoben wurde. Unter unseren Punktionen sind nach unseren Richtlinien 106 Fälle als liquorpositiv zu bezeichnen oder 22,2% aller Punktierten. An dieser Stelle soll nochmals auf die Arbeit von Ritter-Völker über die kombinierte Malariabehandlung der Frühlues verwiesen werden; in ihr sind die zur Beurteilung des Liquorcharakters notwendigen Kriterien ausführlich dargelegt, so daß sie hier nur noch einmal kurz wiederholt zu werden brauchen. Demnach bezeichnen wir als positiv einen Liquor, der einen positiven Wassermann, positive Normomastixkurve oder eine wesentlich über 20/3 erhöhte Zellzahl aufweist; jeder dieser 3 Faktoren einzeln oder eine Kombination untereinander ist ausschlaggebend. Es braucht wohl nicht besonders erwähnt zu werden, daß wir an unsere Liquoruntersuchungsergebnisse betreffs ihrer Ausführungen die größten Ansprüche auf Exaktheit stellten.

Naturgemäß ist zur Beurteilung des Wesens die Liquorpositivität noch die Angabe von Bedeutung, wieviele Fälle sich im Stadium der Früh- bzw. Spätlatenz befinden. Von unseren positiven Fällen waren 90 gleich 84,9% spätlatente, 16 gleich 15,1% frühlatente Fälle.

Digitized by Google

In 24 Fällen, bei denen die WR im Blut negativ war, fanden wir einen positiven Liquor, mit anderen Worten bestanden zwischen Blut und Liquor in 22,6% divergente Verhältnisse. 17 Patienten standen im Stadium der Spätlatenz, 7 im Stadium der Frühlatenz. Dieses Ergebnis scheint uns ganz außerordentlich bemerkenswert und erst recht dazu geeignet, die Bedeutung der Liquoruntersuchung zu zeigen. Besonders hervorzuheben ist das Bestehen differenter Untersuchungsergebnisse im Blut und Liquor bereits im Stadium der Frühlatenz; bei allen 7 Fällen bestand lediglich erhöhte Zellzahl und wir sind geneigt, gerade diesem Befund als Zeichen eines offenbar noch manifesten Liquorprozesses eine besondere Bedeutung zuzuschreiben. Im Laufe unserer Untersuchungen hat sich uns der Gedanke aufgedrängt, daß die primäre Liquorveränderung in einer Vermehrung der Zellen besteht und daß die Veränderungen des Ausfalles der WR und Normomastixreaktion erst in späterer Zeit auftreten. Das ist ja auch gut in Übereinstimmung zu bringen mit der Erfahrungstatsache, daß bei der Tabes als einem mehr oder weniger abgeschlossenen Prozeß normale oder nur geringgradig erhöhte Zellzahlen gefunden werden. Alle 7 Fälle waren „verzettelt" behandelt, d. h. sie hatten zeitlich weit auseinanderliegende oder unvollkommene Kuren durchgemacht, vielleicht gerade deshalb, weil man sich mit dem negativen Wassermann im Blut zufrieden gegeben hatte. Nach mehreren energischen Salvarsan-Wismutkuren in kurzem Abstand (5,85 g Neosalvarsan, 24 ccm Bismogenol im Abstand von 4 Wochen und 3 Monaten) konnten 3 der 7 Fälle nachpunktiert werden und ergaben absolut negativen Liquorbefund, wohl einer der eindeutigsten Beweise für den Wert der maximalen Frühbehandlung E. HOFFMANNS. Da ja bekannt ist, daß der Liquor im Stadium der Frühlatenz auch noch spontan sanieren kann, hätte man eventuell auch noch mit dieser Möglichkeit in unseren Fällen rechnen können; allerdings wäre nicht einzusehen gewesen, warum nun ausgerechnet in dem kurzen Intervall der Beobachtungsperiode die Sanierung eingetreten wäre. Für die Praxis ist aber unter allen Umständen mit dieser Möglichkeit genau so wenig zu rechnen, wie etwa mit der weiteren Möglichkeit einer spontanen Ausheilung der Lues. Bemerkenswerterweise wurde bei allen 7 Fällen als Zeichen dafür, daß tatsächlich noch eine Lues bestand, der Wassermann im Blut unter der Behandlung vorübergehend ganz schwach positiv (Kältemethode nach JACOBSTHAL).

Die Untersuchungsergebnisse im einzelnen werden am besten wohl durch umstehende Tabelle gezeigt.

Die vorgebrachten Tatsachen beweisen aufs deutlichste den Wert der Liquoruntersuchung; es sei nochmals ausdrücklichst auf die eingangs erwähnte Differenz zwischen Blut-WR und Liquorbefund hingewiesen. Naturgemäß ist der Ausfall der Liquoruntersuchung auch ausschlaggebend für die Beurteilung der spätlatenten Fälle, der Sanierung der Lues und damit der eventuellen Erteilung des Heiratskonsenses. Wir glauben durch unser Material gezeigt zu haben, daß die Ausführung der Liquoruntersuchung auf breitester Basis genau so Allgemeingut werden sollte, wie es die Blutuntersuchung im Laufe der Jahre geworden ist.

Digitized by Google

Liquorergebnisse

Positive WR Positive Normomastixkurve Erhöhte Zellzahl	42 Fälle gleich 39,6% davon 13 mit negativer WR im Blut, Spätlatenz.
Positive WR Positive Normomastixkurve Normale Zellzahl	15 Fälle gleich 14,2% davon 2 mit negativer WR im Blut, Tabes, Spätlatenz.
Positive WR Negative Normomastxikurve Normale Zellzahl	2 Fälle gleich 1,9%
Positive WR Negative Normomastixkurve Erhöhte Zellzahl	3 Fälle gleich 2,8%
Negative WR Positive Normomastixkurve Erhöhte Zellzahl	6 Fälle gleich 5,7%
Negative WR Positive Normomastixkurve Normale Zellzahl	5 Fälle gleich 4,7% davon 2 mit negativer WR im Blut, Spätlatenz.
Negative WR Negative Normomastixkurve Erhöhte Zellzahl	33 Fälle gleich 31,1% davon 7 mit negativer WR im Blut, Frühlatenz.
	106 Fälle im ganzen, gleich 22,2%.

Aus dem venerologischen Dispensär zu Schitomir, Ukraine (Leiter: Dr. E. S. Schein-Vogel). Frauenabteilung (Primarus: Dr. L. S. Sirota)

Zur Diagnostik des harten Schankers an den Augenlidern

Von

Dr. L. S. Sirota

Die extragenitalen syphilitischen Primäraffekte haben immer große Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. Es ist nicht zu leugnen, daß sie unter Umständen sehr große Schwierigkeiten für die Diagnose darbieten und daß nicht immer der Ansteckungsmodus aufgeklärt werden kann.

In der täglichen Praxis unseres venerologischen Dispensärs sehen wir oft, wie eine rechtzeitige Diagnose der Massenverbreitung der Syphilis vorbeugt.

Ja. M., 24jährige verheiratete Bäuerin[1]), wurde am 2. XII. 1927 aus der Augenklinik wegen einer Wunde auf dem rechten Augenlid zugeschickt.

Patientin hat eine gesunde 2jährige Tochter, jetzt soll sie im 7. Schwangerschaftsmonat sein, sie will nie krank gewesen sein. Vor ungefähr 3—4 Wochen soll sich auf dem rechten Augenlide ein kleines „Hitzbläschen" gebildet haben, das Patientin mit Wegerich behandelt hat. Nach wenigen Tagen schwoll das Augenlid stark an, es bildete sich ein eitriger Belag und Verschluß der Lidspalte. Während der ganzen Zeit verspürte die Kranke keine Schmerzen.

Die Patientin ist mittelgroß von mäßigem Ernährungszustand und gutem Körperbau; die sichtbaren Schleimhäute sind mäßig durchblutet. Das Gebiet des

---

[1]) Demonstriert in der Dermatologischen Sektion zu Schitomir am 7. XII. 1927.

Digitized by Google

rechten Auges ist mäßig angeschwollen, leicht hyperämisch. Auf der Oberfläche des Oberlides befindet sich eine ununterbrochene eitrige Masse. Faßt man das Augenlid zwischen die Finger, so fühlt man in der Dicke des ganzen Augenlides eine Neubildung von knorpelharter Konsistenz, die besonders nach den Rändern zu zunimmt. Beim Tasten verspürt die Patientin keinerlei Schmerzen. Das Augenlid hebt sich kaum nach oben auf. Das Auge selbst ist vollständig normal. Auf der entsprechenden Seite ist die unter den Kinnbacken befindliche Drüse taubeneigroß, hart und schmerzlos, alle übrigen Drüsen mäßig vergrößert. Auf der Brust, dem Rücken und oberen Extremitäten auf der Beugeseite symmetrische, makulo-papulöse Effloreszenzen von kupferroter Farbe. Diagnose: Ulcus durum palpebrae dextrae et Syphilis maculo-papulosa. WR und MTR stark positiv (++++). Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab nur Staphylococcus aureus.

Am 6. XII. 1927 wurde die Kranke an die venerologische Station des I. Sowjetkrankenhauses (Leiter: Dr. W. J. Krasnow) überwiesen. Der weitere Verlauf ergibt sich aus der mir von dort liebenswürdigerweise überlassenen Krankengeschichte.

Auf dem rechten oberen Augenlid eine fast das ganze Lid überdeckende Wunde; die entsprechende Drüse unter dem Unterkiefer stark vergrößert. Am Körper ein makulöser Ausschlag; an den Geschlechtsteilen einzelne Papeln. Therapie: lokal Hydr. pp. albi, 1 Bi-Injektion (Bijochinol = russisches Wismut-Jod-Chinin-Präparat).

9. XII. Der Schanker fängt an sich zu reinigen. 0,3 Novosalvarsan intravenös.

10. XII. 2 Bi-Injektionen.

23. XII. Am Gesäß ein akuter erythematöser Ausschlag. An der Bauchhaut ein silberrubelgroßer nekrotischer Herd (Novosalvarsandermatitis?). Temperatur 38,5.

27. XII. Geburtswehen, Verlegung auf die geburtshilfliche Abteilung.

29. XII. Geburt eines anscheinend normalen Kindes. Der Schorf am Bauch in Abstoßung begriffen; das rechte Bein angeschwollen und rot; Lig. Burowi.

3. I. 1928. Ein neuer nekrotischer Herd auf dem rechten Fuß; Allgemeinbefinden schlecht.

6. I. Auf dem linken Bein haben sich Abszesse gebildet. 5 Bi-Injektionen.

10. I. Auf dem rechten Bein vereinzelte Bläschen.

15. I. Allgemeinbefinden noch immer schlecht.

19. I. Ein neuer eitriger Herd im oberen Drittel des Unterschenkels, die rechte Glandula maxillaris geht in Eiterung über. 8 Bi-Injektionen.

22. I. Ausgesprochene Phlegmone in den tieferen Partien des Oberschenkels.

24. I. Tiefe Schnitte in dieser und der vereiterten Drüse.

27. I. Nekrotische Herde und Allgemeinbefinden gebessert.

6. II. Neuerliche Abszeßbildungen.

18. II. Die Wunden heilen glatt ab. Die Patientin fühlt sich sehr gut.

23. II. Wesentliche Gewichtszunahme; an Stelle des harten Schankers hat sich ein Ektropium gebildet.

1. III. Keine offenen Wunden mehr; überall frische Narben. 18 Bi-Injektionen.

4. III. Entlassung.

Am einfachsten wäre es anzunehmen, daß die zweite Novosalvarsaneinspritzung diesen schweren Zustand mit zahlreichen Abszeßbildungen provoziert hat. Bi-Injektionen wurden die ganze Zeit, sogar bei sehr schlechtem Allgemeinbefinden gemacht und anstandslos vertragen.

Nekrotisierende Entzündungen an der Haut nach Salvarsaneinspritzungen gehören allerdings zu den größten Seltenheiten (Grütz, Hauck, Klaar u. a.) und führen größtenteils zum Exitus letalis. Viel häufiger als nekrotisierende Entzündungen treten an der Haut Eiterungen auf. Jadassohn will sogar als bezeichnend für Salvarsanexantheme diese Neigung zu Eiterungen ansehen.

Daß an Stelle des harten Schankers sich ein Ektropium gebildet hat, scheint gleichfalls ganz ungewöhnlich zu sein.

Wie selten der harte Schanker sich auf den Augenlidern lokalisiert, geht daraus hervor, daß Fournier auf 1124 extragenitale Schanker nur 21mal diese Lokalisation sah, Rille konnte nur 8mal einen harten Schanker auf den Augenlidern konstatieren — im ganzen beobachtete er 536 extragenitale Schanker. Ge will nur 4mal diese Schanker gesehen haben. In der gesamten russischen Literatur konnte Rossow nur 50 Fälle aussuchen; Geft hat im vorigen Jahre aus unserem Dispensär auch zwei ähnliche Fälle beschrieben.

Digitized by Google

Literatur

1. Fournier, Traité de la Syphilis, 1912. — 2. Ge, Kursus der venerischen Krankheiten, 1923, russisch. — 3. Gept, Venerologia i Dermatologia, 1926, Nr. 2, russisch. — 4. Rille, Derm. W., 1924, Bd. 79, Nr. 36. — 5. Rossow, Russkij Westnik Dermatologii, 1924, Nr. 5. — 6. Schein-Vogel, Prophylaktitscheskaja Medizina, 1926, Nr. 9.

Therapeutische Bemerkung zu Ernst Sklarz: „Über die chronische Cowperitis gonorrhoica“[1])

Von

Dr. F. Landt in Potsdam

In Nr. 22 der Derm. W. 1928 veröffentlichte ich einen Fall von gonorrhoischen Urinfisteln, die durch Eigenblutumspritzungen geheilt wurden. Die dort beschriebenen hinteren beiden Fisteln am Damm waren offenbar durch Abszedierung der Cowperschen Drüsen entstanden. Inzwischen verfüge ich über einen weiteren Fall von Cowperitis gonorrhoica mit Fieber und Schwellung, jedoch ohne Abszedierung. Auch hier wirkten mehrere Blutumspritzungen schlagartig und sicher. Die Eigenblutumspritzungen haben sich also 1. bei der gonorrhoischen Bartholinitis, 2. bei gonorrhoischen Urinfisteln, 3. bei der gonorrhoischen Cowperitis bestens bewährt.

Literatur

1. Hübner, D. m. W., 1924, Nr. 1. — 2. Landt, Derm. W., 1928, Nr. 22. — 3. Sklarz, Derm. W., 1928, Nr. 39a.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung am 12. Juni 1928

Bericht L. Kleeberg-Berlin

I. Arndt (Univ.-Hautklinik): **1. Tiefe Trichophytie des Bartes und Trichophytid.**
2. Allgemeine Sklerodermie.
3. Urticaria chronica und Vitiligo.
4. Basalzellenepitheliom der Schläfe.
5. Lichen sclerosus (White spots disease).
6. Möllersche Glossitis bei perniziöser Anämie.
7. Adenoma sebaceum.
8. Salvarsandermatitis.

Diskussion: Zu 1. Bruhns, Buschke, Fischer, Löhe betonen, wie selten Trichophytide hier in Berlin zur Beobachtung kommen.

Zu 2. Heller: Die Prognose der diffusen Sklerodermie ist im allgemeinen nicht so ungünstig zu stellen. Thyreoidinbehandlung zeigt keine Erfolge.

Buschke sah beim Sklerödem gute Erfolge von Thyreoidin, bei der Sklerodermie keine. Er regt die Untersuchung des Magensaftes an (Achylie?).

Bruhns betont, auch nie mit Thyreoidin einen Erfolg gesehen zu haben. Man müßte in jedem Falle vorher den Grundumsatz bestimmen. Thyreoidin oder Antithyreoidin ist je nach dem Ausfall der Bestimmung zu geben.

II. Buschke: **1. 24jähr. Mann mit Ulcus molle am Penis und Bubo der linken Inguinaldrüsen.** Gleichzeitig typisches Ulcus molle an der Endphalanx des rechten Zeigefingers. Ducreysche Bazillen positiv. B. weist auf die enorme Zunahme der Ulcera mollia in der Klinik hin.

---

[1]) Derm. W., 1928, Nr. 39a.

Digitized by Google

Diskussion: Arndt, Bruhns betonen ebenfalls, daß die Zahl der an Ulcus molle erkrankten Patienten gestiegen sei.

Langer hat auf seiner Abteilung auch ständig Männer und Frauen mit Ulcera mollia, dagegen selten in der Beratungsstelle.

Löhe sah ebenfalls eine Häufung der Ulcera mollia und berichtet über ein Ulcus molle mit erythema-nodosum-ähnlichem Exanthem.

2. 29jähr. Mann mit **psoriasiformer Lues am Stamm, framboesiformen Papeln auf dem Kopfe, zirzinären Papeln am Skrotum.**

3. 32jähr. Mann wegen eines **seronegativen Primäraffekts** an der Oberlippe mit Abortivkur behandelt. Schon während der Abortivbehandlung Beginn eines Exanthems. Jetzt ausgedehntes großpapulöses Exanthem, WR positiv. Exanthem ist sehr therapieresistent.

4. 47jähr. Frau, die im Mai 1927 wegen **Lues** (Oedema induratum) mit 22 Bi-Injektionen behandelt, dann im November 1927 zweite Kur; damals angeblich psoriasiformes Exanthem und Pupillendifferenz. Jetzt — 15. Mai 1928 — mit motorischer Sprachstörung und ausgedehntem sekundärem Exanthem aufgenommen. Fast vollständige Besserung der Sprachstörung unter Behandlung mit kleinen Kalomeldosen. Augenuntersuchung ergab beginnende Optikusatrophie.

5. **Fall zur Diagnose.** 5 Monate alter Säugling mit einer ausgedehnten polsterartigen, blauroten, torpiden Schwellung mit intakter Epidermis, von dem Nabel ausgehend und einen großen Bezirk der Bauchhaut einnehmend, ebenso die gleiche Veränderung auf dem Kopfe. Unter der Behandlung vielfach Ausbildung kleiner Abszesse. Im übrigen fühlt sich das Kind wohl. Therapie bisher erfolglos. Es kommt eventuell eine Pyodermie végétante in Frage oder eine seltene Form von Neurodermitis oder eine atypische Impetigoerkrankung.

6. 5jähr. Knabe mit einer ausgedehnten, zum Teil **pustulösen Psoriasis** am Stamm, den Extremitäten und auf dem Kopfe.

7. 23jähr. Patientin mit ausgedehntem **teleangiektatischem Naevus,** der von der Außenfläche des linken Fußes über die Innenfläche des Unterschenkels und Oberschenkels bis auf das Gesäß sich erstreckt.

8. 51jähr. Patientin mit **Acrodermatitis atrophicans,** die sich über die Ober- und Unterschenkel, das Gesäß und die Unterbauchgegend erstreckt. An beiden Unterschenkeln sklerodermieartige Verhärtung der Haut, eventuell auch nur eine exzessive Narbenbildung infolge von langdauernden Abszessen auf der akrodermatitischen Haut.

Diskussion zu 4: Badrian hat die Patientin, die in einer Klinik etwa 16 Wismutinjektionen erhalten hatte, seit dem 30. IX. 1927 wegen eines großpapulösen Syphilids (WR positiv) mit großen Wismutdosen weiter behandelt. Zwei Monate später kam die Patientin bei negativer WR mit einem psoriasisähnlichen Exanthem, gleichzeitig bestanden Kopfschmerzen, träge Pupillenreaktion und starke Abmagerung. Unter großen Jodkalidosen und Wismutbehandlung Verschwinden der Kopfschmerzen, aber kein Rückgang des Exanthems, auf Schulter und Armen kamen ausgeprägte korymbiforme Syphilide, die schuppenden Effloreszenzen sind danach auch als psoriasiforme Syphilide aufzufassen. Der Fall war zur Malariabehandlung dem Krankenhaus überwiesen worden.

Zu 5: O. Rosenthal empfiehlt, erst mit Salizylöl die Borken zu entfernen.

Pinkus denkt an Pemphigus vegetans.

III. Ledermann: 1. **Therapieresistente Lues** (6. III. 1928 wassermannpositiver Primäraffekt und Roseola; unter 4,2 g Neosalvarsan + 20 g Bi Auftreten eines luetischen Exanthems, nach 60 g Hg-Schmierkur kein Rückgang, jetzt knotenförmiges Syphilid).

2. **Recklinghausensche Krankheit.**

IV. Heller: **Strichförmige Depigmentierung der Linea alba** entsprechend den Voigtschen Linien. Er weist auf den Zusammenhang von Pigmentanomalien und Nervensystem hin.

Diskussion: Buschke weist darauf hin, daß Freymann auf den Zusammenhang der Pigmentdegeneration der Haut mit dem Nervensystem bei dem Leukoderm aufmerksam gemacht habe.

V. 1. Löhe berichtet, daß es sich bei dem Fall der vorigen Sitzung (Fall zur Diagnose) um ein **Bromexanthem** nach einem bromhaltigen Tee gehandelt hat.

2. 22jähr. Patientin, mit 13 Jahren Gelenkrheumatismus. Anfang 1926 Schwellung beider Kniegelenke. Behandlung auf Gelenkrheumatismus und Fluor. Damals entwickelte sich ein Ausschlag auf allen Zehen, der auch auf die Fußsohle überging. In der Charité Behandlung mit Eiweißinjektionen, da im Frühjahr 1927 draußen „schlechtes

Digitized by Google

Blut" festgestellt wurde, fand eine spezifische, später biochemische Behandlung statt. Vor 8 Wochen entwickelte sich ein Herd auf dem Rücken, seit einer Woche Ausschlag auf Fußrücken und Kniekehle. Erkrankung beider Handgelenke und mehrerer Fingergelenke. Die Diagnose, die auf den ersten Anblick besonders in Rücksicht auf die Hyperkeratosen an Händen und Fußsohlen als „blennorrhoische Hyperkeratosen" gestellt wurde, wurde auf Grund der negativen Abstriche, Kultur und Komplementbindungsreaktion auf Gonokokken (WR, SGR, Müller-Ballung negativ) fallen gelassen und eine Psoriasis pustulosa angenommen.

Diskussion: Buschke ist der Ansicht, daß es sich in dem vorgestellten Falle keineswegs um eine Psoriasis handelt, sondern um typische sog. blennorrhoische Hyperkeratosen, aber ohne Blennorrhoe. Buschke und Langer glauben eine gewisse hyperkeratotische Disposition in ihrem Falle nachgewiesen zu haben.

Michael betont, daß es möglich wäre, daß durch andere Urethritiserreger ähnlich wie durch die Blennorrhoe dieses Krankheitsbild Hyperkeratosen + Gelenkerkrankung hervorgerufen werden könnte.

Buschke widerspricht dem, desgleichen

A. Cohn, der in Reihenuntersuchungen bisher nachweisen konnte, daß fast jede Harnröhre Bakterien enthält. Unter solchen Umständen müßte man das Krankheitsbild häufiger beobachten.

VI. E. Langer: 56jähr. Mann, der vor 30 Jahren einen Schanker hatte, der nie behandelt wurde. Jetzt vor $3^1/_2$ Wochen Rötung und Schwellung der rechten Hodensackhälfte und des Penis an seiner Wurzel. Durchbruch eines Abszesses und Bildung eines mit nekrotischen Fetzen belegten, etwa fünfmarkstückgroßen Geschwüres an der Peniswurzel. Hoden und Nebenhoden verbacken, etwa gut gänseeigroß, hart, nicht schmerzhaft. Gleichzeitig Dämpfung des rechten Unterlappens der Lunge und völlige Verschattung im Röntgenbilde mit Verziehung des Herzens nach rechts. Für Tuberkulose kein Anhalt. Seroreaktionen sämtlich stark positiv.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Archives of Dermatology and Syphilology

1928, Bd. 18, Nr. 12

Chronic Atrophic Lichenoid Dermatitis (Caillag) So-Called Lichen Albus of Zumbusch (Chronische atrophische lichenoide Dermatitis [Caillag], sogenannter Lichen albus von Zumbusch), von F. Wise. S. 179. Auf Grund des klinischen Befundes unterscheidet Verf. 1. Dermatosen, die der Sklerodermie ähnlich sind, 2. solche, die Verwandtschaft zum Lichen planus zeigen und 3. solche, die beiden Gruppen nicht ähnlich sind, sondern eine Einheit für sich bilden. Zu der Gruppe 3 bringt Verf. die ausführliche Schilderung von zwei Fällen, die er als Dermatitis lichenoides chronica atrophicans bezeichnet und die in einer allgemeinen Eruption lichenoider, weißer, indurierter, runder und ovaler Papeln mit Pigmentierung einzelner größerer Hautbezirke und Hautatrophie an den Abheilungsstellen der Papeln besteht. Histologisch zeigte sich Sklerose des Bindegewebes und Verdünnung der Epidermis.

Tattoo and Syphilis (Tätowierung und Syphilis), von G. H. Belote. S. 200. In zwei Fällen von sekundärer Syphilis werden Papeln in einer Tätowierung überall gefunden, nur nicht an den mit Zinnober tätowierten Stellen. Verf. bringt sehr anschauliche histologische Bilder, die deutlich die Abgrenzung des syphilitischen Infiltrats von den mit Zinnober imprägnierten Stellen zeigt. In Fällen, wo andere Autoren das Auftreten von syphilitischen Papeln an mit Zinnober tätowierten Stellen berichtet haben, ist nicht chemisch untersucht worden, ob es sich wirklich um Zinnober handelt. Möglich erscheint es dem Verf., daß auch an diesen Stellen syphilitische Papeln auftreten können, wenn die antisyphilitische Wirkung des Zinnobers nicht stärker ist als die durch das eingelagerte Pigment offenbar herabgesetzte Resistenz des Gewebes.

Local Accidents Following the Intramuscular Administration of Salts of the Heavy Metals (Lokale Störungen nach intramuskulärer Verabfolgung von Schwer-

Digitized by Google

metallsalzen), von J. A. Gammel. S. 210. Bericht über einen Fall von Embolie der Art. glut. inf. dextr. durch Injektion von 1 ccm 10%igen Kaliumwismuttartrats. Es trat nicht nur Nekrose an der Injektionsstelle, sondern auch auf der rechten Blasen-, rechten Vaginal- und Rektumschleimhaut auf. Abheilung der drei letzteren Nekrosen in kurzer Zeit; Lähmung im Gebiet des N. peron. nach 13 Monaten nicht behoben. Zum erstenmal in Amerika bringt Verf. histologische Bilder, die die Metallpartikel im Arterienlumen zeigen. Die Injektion war unsachgemäß von einem Studenten in den inneren unteren Quadranten der rechten Gesäßseite verabfolgt worden. Solche Zufälle sind glücklicherweise selten; unter 45000 Injektionen waren nur fünf lokale Störungen.

Lesions of the Mucous Membranes in Epidermolysis Bullosa (Läsionen der Schleimhäute bei Epidermolysis bullosa), von N. Tobias. S. 224. Bericht über einen Fall von Epidermolysis bullosa mit Erscheinungen auf der Zunge und Wangenschleimhaut. Verf. gibt einen Literaturüberblick, aus dem hervorgeht, daß von 37 Fällen 27 auch Munderscheinungen hatten; ferner war der Pharynx dreimal, der Ösophagus zweimal, das Auge dreimal, der After zweimal und der Penis viermal befallen; bei mehreren Fällen waren verschiedene Schleimhäute ergriffen. Von den 27 Fällen mit Erscheinungen auf der Mundschleimhaut hatten 16 Blasen auf der Zunge, 15 solche auf der Wangenschleimhaut, 6 auf dem Zahnfleisch, 5 auf dem Gaumen und 7 auf den Lippen.

Multiple Tumors of the Skin Resembling Mycosis Fungoides (Multiple Hauttumoren, ähnlich der Mycosis fungoides), von F. R. Schmidt. S. 231. Auf der Derm. Ges. in Chicago wurde ein Fall klinisch als sichere Mycosis fungoides diagnostiziert. Histologisch jedoch entsprach der Befund nicht dem klinischen Bilde; es handelte sich vielmehr um einen besonderen Krebs der Haut.

Sarcoids and Related Lesions (Sarkoide und verwandte Erscheinungen), von W. H. Goeckerman. S. 237. Mit einem Beweismaterial von 17 Fällen wird die Ansicht vertreten, daß eine scharfe Trennung zwischen Boeckschem, Darier-Roussyschem Sarkoid, Lupus pernio, Erythema induratum und nodulärer Tuberkulose der Haut praktisch unmöglich ist. Ätiologisch ist in all diesen Fällen Tuberkulose anzunehmen. Die mikroskopischen Veränderungen reichen nicht zur Differentialdiagnose aus; sie können nur zum Unterschied von Syphilis, Lepra usw. herangezogen werden. Das Arsen ist weder für das Boecksche Sarkoid noch für dessen verwandte Hauterscheinungen ein Spezifikum.

Standardization of the Trypanocidal Test and of the Trypanocidal Value of Arsphenamine (Feststellen einer Einheit für die trypanosomozide Reaktion und für den trypanosomoziden Wert des Arsphenamins), von G. W. Raiziss. S. 263. Während experimentelle Syphils, Rückfallfieber usw. von selbst ausheilen können, ist dieses an mit der Beschälseuche der Pferde geimpften Ratten nicht der Fall. Deshalb nimmt Verf. als Gradmesser für die Heilkraft des Arsphenamins das Trypanosoma equiperdum und impft es auf Albinoratten. Für die Reaktion werden nur Ratten verwendet, die eine bestimmte Zahl von Parasiten im peripheren Blut zeigen: 100000—250000 pro Kubikmillimeter. Nach 21 Tagen wird festgestellt, ob das Tier parasitenfrei ist. Nach den Versuchen des Verf. vermochten 0,006—0,008 g Arsphenamin pro Kilogramm Körpergewicht die infizierten Ratten zu sterilisieren.

Mycotic Inguinal Lymphadenitis Associated with Superficial Fungus Dermatitis of the Feet (Leistendrüsenentzündung durch Pilze in Verbindung mit oberflächlicher Pilzerkrankung der Füße), von Cl. White. S. 271. Bei einem Gärtner, der eine oberflächliche Trichophytie zwischen den Zehen hatte, konnte durch Punktion der geschwollenen weichen Leistendrüsen Trichophyton interdigitale nachgewiesen werden. Die Pilze waren hier von einem oberflächlichen Herd auf dem Lymphwege zu den Drüsen gewandert.

Human Sweat as a Culture Medium for Bacteria (Der menschliche Schweiß als Nährboden für Bakterien), von B. Usher. S. 276. Der menschliche Schweiß ist nach Verf.s Versuchen ein ausgezeichneter Bakteriennährboden. Die Aktivität des Bakterienwachstums im Schweiß wird durch vermehrten Zuckergehalt erhöht.

Scleroderma-Like Epithelioma (Sklerodermieartiges Epitheliom), von D. W. Montgomery und G. D. Culver. S. 281. Unter dieser Bezeichnung versteht Verf. ein Epitheliom, das, weiß oder gelblich wie ein Sklerodermiefleck, aber mit dem erhabenen Rand eines Epithelioms, auftritt. Die Oberfläche ist von erweiterten Kapillaren durchzogen. Bei fortschreitendem Wachstum vermögen die in dem straffen Gewebe eingeengten Kapillaren nicht das Zentrum zu ernähren, das dann ulzeriert. Radium und Röntgenstrahlen wirken am besten auf weiches Gewebe; es empfiehlt sich daher bei dieser Epitheliomart zuerst zu operieren und dann nachzubestrahlen.

Digitized by Google

Xeroderma Pigmentosum; Unusual Improvement in one Member of an Affected Family (Xeroderma pigmentosum; ungewöhnliche Besserung eines Mitgliedes einer erkrankten Familie), von E. Foulke Corson und F. Crozer Knowles. S. 284. Ein 8jähr. Knabe, das sechste Kind einer Verwandtenehe, dessen fünf ältere Geschwister alle an Xeroderma pigmentosum litten und von denen nur zwei am Leben blieben, besserte sich durch strenge Befolgung der gewöhnlichen ärztlichen Vorschriften: Vermeiden der Sonne, des Windes und der Kälte. Im Verlauf von 9 Monaten war seine Haut normal geworden. Obgleich dies ja nur eine vorübergehende Besserung sein kann, so scheint doch die Erkrankung bei diesem Kinde milder zu verlaufen; es war das einzige, das nicht mit Flaschenmilch aufgezogen wurde.

Radium Therapie of Tumors of the Skin at the Curie Institute of the University of Paris (Radiumtherapie von Hauttumoren an dem Curie-Institut der Pariser Universität), von G. T. Pack. S. 286. Hautkrebse werden gewöhnlich 5 Tage hindurch je 8 Stunden bestrahlt. Nur bisher nicht mit Strahlentherapie vorbehandelte Fälle werden aufgenommen. Im Curie-Institut wurde die Beobachtung gemacht, daß Karzinome, die auf Lupusherden entstehen, sich dort erst nach geringer Röntgenbestrahlung des Lupus gebildet haben. Melanokarzinome und Melanosarkome reagieren nicht auf Radium. Hämangiome der Haut werden bei oberflächlicher Lage mit Oberflächenbestrahlung, bei tiefer Lage mit Einstich von Radiumnadeln behandelt.

An Efficient Treatment for Varicose Ulcers (Wirkungsvolle Behandlung von Krampfadergeschwüren), von E. E. Marcovici. S. 290. Verf. wandte mit Erfolg bei 12 Patienten mit negativer WR für deren Krampfadergeschwüre eine 1%ige Neoarsphenaminsalbe mit Zusatz eines Anästhetikums für eine Nacht an; darauf Nachbehandlung mit 10%iger Wismutsalbe. Verf. glaubt seinen Erfolg dem Umstand zu verdanken, daß durch das 1%ige Neoarsphenamin alle Bakterien (Staphylokokken, Streptokokken usw.) abgetötet werden, worauf die Heilungstendenz einsetze.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

August/September 1928

On the Absorption of Salicylic Acid by the Human Skin (Über die Resorption der Salizylsäure durch die Haut des Menschen), von H. Leslie-Roberts-Liverpool. Die sehr eingehenden Versuche kamen zu dem endgültigen Resultate, daß reine synthetische Salizylsäure durch die Epidermis in das Bindegewebe und von da in den Blutstrom gelangt. Die Kolloidmassen des Bindegewebes halten die Substanz durch Absorption zurück, von hier gelangt sie allmählich in das Blut und wird hauptsächlich durch die Nieren ausgeschieden. Die ausgeschiedene Menge kann durch Färbung (kolorimetrisch) in Milligramm per 100 ccm Urin bestimmt und, wenn die in 24 Stunden ausgeschiedene Menge Harn bekannt ist, die gesamte Harnabsonderung der Salizylsäure geschätzt werden. Aus drei Lösungs- oder Bindemitteln, Alkohol, Wasser und Vaselin, kann sich die Resorption vollziehen. Welches dieser Mittel am günstigsten für die Resorption ist, ist eine Frage, welche Verf. noch nicht endgültig entscheiden kann, wahrscheinlich aber ist es Vaselin. Die Durchgängigkeit der Haut für Salizylsäure wechselt bei den verschiedenen Individuen je nach der chemisch-physikalischen Beschaffenheit der inneren Hautschichten, wahrscheinlich spielen hierfür die Fibroblasten des Hautbindegewebes eine Hauptrolle. Das Keratin ist für den Mechanismus der Resorption von großer Bedeutung, wiewohl es selbst für Salizylsäure undurchgängig ist; es wirkt durch seine außerordentliche Resorptionskraft, wobei eine übersättigte Lösung an der Hautoberfläche gebildet wird. Die chemische Formel, unter welcher die Salizylsäure weiterbefördert wird, ist noch nicht festgestellt, nach anderweitigen Forschungen vielleicht als Lipoidester, andererseits macht es ihre starke Affinität für Natrium wahrscheinlich, daß früher oder später das Natriumsalz gebildet wird. Der mächtige Einfluß der Salizylsäure auf extravasierte weiße Blutzellen beruht wahrscheinlich auf der Leichtigkeit, mit welcher sie in dieselben eindringt. Diese Tatsache und ihre Fähigkeit, durch die Haut zu diffundieren, stellen die Salizylsäure auf einen einzigartigen Rang unter den Mitteln, welche bei der Behandlung entzündlicher Hautzustände angewendet werden.

Systemic Blastomycosis, with Report of a Fatal Case (Allgemeine Blastomykose mit Bericht über einen tödlich verlaufenen Fall), von D. C. Smith, H. C. Turner und E. S. Sanderson. Blastomykosis, die nun als klinisches Einheitsbild anerkannt ist, wird

Digitized by Google

nicht von einem einzigen Agens, sondern von mehreren, nahe verwandten Pilzen — Saccharomyces, Kryptokokkus, Monilia, Oidium — verursacht, wobei entweder mehrere zusammen oder nur eine derselben die Erreger bilden. Die Mehrzahl der veröffentlichten Fälle sind bei Männern im Alter unter 40 Jahren vorgekommen, und zwar größtenteils bei Handarbeitern und Leuten, welche unter ungünstigen sanitären Verhältnissen — schlechten feuchten Wohnungen u. a. m. — lebten. Der Fall, welchen Verff. hier eingehend unter Beigabe sehr anschaulicher Abbildungen beschreiben, betraf einen 42jähr. Mann, bei dem die Krankheit mit einem Knötchen am Nasenrücken vor etwa 5 Monaten begonnen hatte; dasselbe wurde allmählich größer, brach schließlich auf und entleerte eine blutige, eitrige Masse. Bald traten ähnliche Knoten an den Extremitäten und weiterhin am ganzen Körper auf. Nach 5 Monaten hatte der Kranke 20 Pfund an Gewicht verloren, bekam Husten und es zeigten sich verstreut über den ganzen Körper zahlreiche fluktuierende Abszesse von 1—10 cm Durchmesser, außerdem viele schuppende, granulomatöse oder verruköse, scharf begrenzte Erhabenheiten von $^1/_2$—5 cm Durchmesser, geschwürige Herde im Munde und den äußeren Gehörgängen und durch Röntgenuntersuchung festgestellte Veränderungen an den Lungen, ähnlich wie bei Miliartuberkulose. Der Auswurf enthielt keine säurefesten Bazillen, aber zahlreiche Blastomyzeten. Der Verlauf der Krankheit war bei dem Pat. eine progressive Verschlechterung und nach weiteren $2^1/_2$ Monaten zum Tode führend, so daß die Gesamtdauer mit 7—8 Monaten anzunehmen ist. Außer sehr hohen Dosen Jodkali wurden intravenöse Injektionen von Eisenkakodylat gegeben und die Abszesse antiseptisch behandelt. Der Sektionsbefund ergab besonders Veränderungen an den Lungen, Herz und andere Organe gesund, Schnitte durch die subkutanen Abszesse zeigten zahlreiche Riesenzellen und sonst ein gleiches Bild wie in der Lunge. Mikroskopische Untersuchung des aus einem der Abszesse aspirierten Eiters zeigte zahlreiche typische, doppelt konturierte „runde" Formen, wie von anderen Beobachtern beschrieben. Überimpfung des Eiters auf Kaninchen, Meerschweinchen und Mäuse war von negativem Erfolg, ebensowenig erwiesen sich Reinkulturen als pathogen. M. Stern-München.

The Urologic and Cutaneous Review

1928, Bd. 32, Nr. 9

The Effect of the High Frequency Current (d'Arsonval) on the Skin (Die Wirkung der Hochfrequenz- [Arsonval-] Ströme auf die Haut), von I. I. Schimanko und L. S. Berman-Moskau. S. 565. Um die Wirkung der Hochfrequenzströme auf die Haut zu studieren, wurde die Tuberkulinreaktion behandelter und unbehandelter Haut miteinander verglichen. Es zeigte sich dabei, daß die Hauptwirkung von den von der Elektrode ausgesandten Funken ausgeht, wobei es sich um eine rein mechanische und um eine sensibilisierende Wirkung handelt. Die bipolare Methode zeigt eine wesentlich größere traumatische Wirkung, während die sensibilisierende bei ihr viel geringer ist. Aus den mechanischen und biologischen Wirkungen erklärt sich der therapeutische Einfluß (vermehrte Blutzufuhr, Verminderung pathologischer Produkte). Bei einer Haut mit gesteigerter reaktiver Fähigkeit ist das Auftreten allergischer Erscheinungen nicht ausgeschlossen, es ist daher hier die Anwendung von Funken zu vermeiden und die direkte Ausströmung von der Elektrode in die Gewebe anzuwenden.

Roentgen Therapy in the Mycotic Diseases of the Skin (Röntgenbehandlung von Pilzerkrankungen der Haut), von H. Fritsch-Bielsko. S. 570. Beschreibung der Röntgenbehandlung bei Trichophytie, Mikrosporie, Favus als Methode der Wahl, wobei besonderer Wert auf vollkommene Epilierung gelegt wird. Lokale und allgemeine Immunisierungsvorgänge spielen in einzelnen Fällen wohl auch eine Rolle. Die Epilierung darf, wo es erforderlich erscheint, nur nach längerer Pause und in sehr vorsichtiger Weise wiederholt werden.

A Method for the Simultaneous X-Ray Treatment of Four Patients Suffering from Fungus Disease of the Hair (Methode zur gleichzeitigen Röntgenbehandlung von 4 Patienten mit Haarpilzerkrankung), von B. M. Berenstein-Kiew. S. 576. Die durch Abbildungen erläuterte Methode besteht darin, daß vier auf in Form eines Kreuzes aneinanderstoßenden Tischen gelagerte Patienten gleichzeitig in vier aufeinanderfolgenden Stellungen (fronto-parietal, okzipito-parietal, zweimal temporal) bestrahlt werden. Bei der großen Verbreitung der Haarpilzerkrankungen in Rußland wird dadurch eine umfangreiche Sanierung ermöglicht.

Digitized by Google

A Report of Observations Made on 2058 Cases of Catarrhal Jaundice and Salvarsan Jaundice (Bericht über Beobachtungen an 2058 Fällen von katarrhalischem und Salvarsan-Ikterus), von H. Ruge-Hamburg. S. 579. Die in der deutschen Marine 1920—1926 angestellten Beobachtungen betrafen 1417 Fälle von katarrhalischem (einfachem) Ikterus, 567 von sogenanntem Salvarsanikterus bei Syphilis und Salvarsan. 39 ohne Syphilis, 9 Fälle bei Syphilis und Wismut, 24 Fälle von Icterus syphiliticus praecox, 1 Fall nach Arsenpillen, 1 Fall von syphilitischer Hepatitis. In Verbindung mit dem bedeutend vermehrten Auftreten von einfachem Ikterus wurde auch ein Anwachsen der Fälle von sogenanntem Salvarsanikterus festgestellt; beide Formen wurden anscheinend durch noch unbekannte Bazillen der Paratyphusgruppe hervorgerufen, wobei Salvarsan auf noch unbekanntem Wege den Boden für ihre Wirksamkeit vorzubereiten scheint. Der Salvarsanikterus hat eine besonders schlechte Prognose, es kam hier in 7 Fällen zu akuter und subakuter Leberatrophie.

Teratoma of the Testicle. With a Note on the Embryology of Polyorchism (Hodenteratom. Mit Bemerkungen über die Embryologie des Polyorchismus), von H. K. Bonn-Los Angeles, Calif. S. 583. Im Anschluß an einen Fall, in dem bei der Operation einer doppelseitigen, anscheinend traumatisch entstandenen Hydrozele sich an dem einen Hoden eine durch die histologische Untersuchung als überzähliger Hoden gedeutete Geschwulst fand, wird die Entwicklung des Hodens und seiner Mißbildungen auf Grund der Literatur wiedergegeben.

Leukoplakia of the Urinary Tract (Leukoplakie der Harnwege), von W. E. Keane und G. M. Denis-Detroit, Michigan. S. 589. Die Leukoplakie der Harnwege ist vielleicht häufiger, als man nach den veröffentlichten Fällen annehmen sollte; besonders trifft das auf die Leukoplakie der Niere zu, die ja schwerer als die der Blase zu diagnostizieren ist. Das Vorkommen ist bei Männern häufiger als bei Frauen. Es handelt sich um eine wahre Metaplasie. Ätiologisch scheinen Infektionen und vielleicht auch Syphilis eine Rolle zu spielen. Irrigationen und Instillationen sind bei der Behandlung wirkungslos, in Betracht kommen Resektion, Radium, Elektrodesikkation.

Experiences with Diverticula of the Bladder (Erfahrungen mit Blasendivertikeln), von A. Cassuto-Rom. S. 592. Beschreibung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Bei frühzeitiger Operation ist die Prognose keine ungünstige.

Recurrence of Prostatic Hypertrophy Following Freyer's Supra-Pubic Prostatectomy (Rezidivierende Prostatahypertrophie nach der suprapubischen Prostatektomie nach Freyer), von A. Takahashi-Niigata. S. 597. 6 Jahre nach der anscheinend vollkommenen Prostatektomie wurde eine wiederum bestehende hypertrophische Prostata festgestellt.

E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Framboesia tropica, von E. H. Hermans-Rotterdam. Verlag H. J. Paris, Amsterdam 1928. Preis RM. 8.25. Das gut ausgestattete Buch bringt eine zusammenfassende Darstellung aller die Framboësie (Fr.) betreffenden Punkte. Neben zahlreichen eigenen Erfahrungen ist die deutsche, englische, französische und holländische Literatur in vorbildlicher Weise und Vollkommenheit verarbeitet. Jedes Kapitel ist chronologisch aufgebaut, so daß sich interessante geschichtliche Rückblicke ergeben. Gleich das erste Kapitel „Historische Übersicht" zeigt die Größe des bearbeiteten Materials; so konnte Verf. z. B. 48 verschiedene Namen für die Krankheit finden. Auch die Frage Lues-Fr. findet hier ihre historische Würdigung. Die Abschnitte Ätiologie und Ansteckung folgen einer geographischen Übersicht; es wäre daraus hervorzuheben, daß die Übertragung durch Fliegen (Muska domestica) als feststehend betrachtet wird. In zwei weiteren Kapiteln sind die Erscheinungen des primären und sekundären Stadiums besprochen; hierbei wird die framboëtische Periostitis und Arthritis in übersichtlicher Weise dargestellt. Die Erscheinungen, die die Fr. an Planta pedis und Palma manus hervorrufen kann, werden in richtiger Erkennung ihrer Wichtigkeit gesondert behandelt und fünf verschiedene Formen unterschieden. Die tertiäre Fr. umfaßt drei weitere Abschnitte, deren letzter eingehend die möglichen Symptome an Bändern, Gelenken und Muskeln wiedergibt. Über die Veränderungen an den inneren Organen war nach dem heutigen Stand der Forschung nicht viel zu sagen, doch sind dafür im nächsten Kapitel die Erkrankungs-

Digitized by Google

formen der Rhinopharyngitis mutilans, Nodosités juxtarticulaires und Goundou sehr ausführlich behandelt, die Beschreibung der Rhinopharyngitis durch gute Photographien unterstützt. An der Existenz einer Rhinopharyngitis mutilans framboetica scheint kein Zweifel möglich, für die Nodosités juxtarticulaires stellt Fr. zum mindesten eine der Ursachen dar, Goundou, die exotische vom Knochen ausgehende Wucherung der Nase, steht vielleicht in gewissem Zusammenhang zu Fr., doch spielen sehr wahrscheinlich andere Faktoren die entscheidende Rolle. Die Besprechung der Immunitätsverhältnisse nötigt zur Gegenüberstellung der verschiedenen Impfungsversuche mit Lues und Fr. und führt zu dem Schluß, daß beweisende Resultate bisher nicht erzielt sind. In der Zeit, da die Schulmedizin keine wirksamen Mittel gegen Fr. zur Verfügung hatte, dominierten die Volksmittel: der Genuß von Schlangenfleisch und verschiedenen exotischen Früchten, äußerlich die Behandlung mit Zitronensaft und Ätzmitteln. Die Ansicht der primitiven Völker, daß die Krankheit in früher Kindheit durchgemacht werden müsse und die Eruptionen möglichst ausgeprägt sein sollten, entbehrt nicht eines gewissen Interesses. Mit Beginn der Salvarsanära wurde das anders, da sich das Mittel als enorm wirksam erwies. Auch Herrmans hält Salvarsan für das bestwirkende Medikament gegen Fr., empfiehlt aber nach seinen Erfahrungen die Kombination mit anderen, langsamer wirkenden Mitteln, die die Kur einleiten sollen; in der Sekundärperiode soll die Salvarsantherapie erst einsetzen, wenn die Hauterscheinungen voll ausgebildet sind, was wohl etwas zu weit gegangen sein dürfte (d. Ref.). Daß Heilungsversuche mit einer Salvarsaninjektion zu verwerfen sind, stellt auch er fest. Neben Salvarsan kommen Jodkali, in jüngster Zeit auch Bi in Frage. Der Schluß des Buches ist der Frage gewidmet: „Sind Lues und Fr. dasselbe?“ Verf. neigt der dualistischen Ansicht zu. Die 37 beigegebenen Photographien sind größtenteils sehr gut; nur die Aufnahmen der Nodosités juxtarticulaires könnten in der nächsten Auflage durch prägnantere Bilder ersetzt werden. Im ganzen ein sehr lesenswertes Buch, für jeden unentbehrlich, der sich mit Fr. beschäftigt. F. M. Peter-Kairo.

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Die biologische Bedeutung der Rot- und Quarzlichtbestrahlung, von F. Ludwig und J. v. Ries-Bern. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 3, S. 581.) Im Tierversuch sowie im Pflanzenversuch wird die Tatsache bestätigt, daß Rot die durch kurzwellige Strahlung bedingte Luminiszenz aufhebt. Durch Nachbestrahlung mit Rotlicht wird die Aktivierung des D-Vitamins durch ultraviolette Strahlung wieder unwirksam gemacht. Umgekehrt kann man das unwirksam gewordene D-Vitamin mit Ultraviolett erneut reaktivieren. E. Kottmaier-Mainz.

Die Photometrie therapeutisch wirksamer Lichtquellen, von H. D. Griffith-Aberden. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 3, S. 592.) Die biologische Wirksamkeit der gleichen Ultraviolettlichtquelle ändert sich von Tag zu Tag. Das erforderliche Meßinstrument muß erfahrungsgemäß unempfindlich für längere Wellenlängen als 320 μμ sein. Das Meßinstrument des Verf. besteht aus einer photoelektrischen Kadmiumzelle mit einem Quarzfenster in Verbindung mit einem Goldblattelektroskop nach Exner. Die Empfindlichkeit des Instrumentes gegenüber verschiedenen Lichtquellen ist nahezu proportional ihrer biologischen Wirksamkeit, was an der bakteriziden Wirkung abgeleitet wurde. Die Quecksilberdampflampe, bei welcher das Quecksilber unter atmosphärischem Druck steht, kommt ebenso wie der Typ mit luftleer gemachtem Quarzrohr nicht vor 20 Minuten zur Stetigkeit. Die Lichtbögen von Bogenlampen senden die biologisch wirksame UV-Strahlung weit mehr von der Aureole aus, deren Länge so von Wichtigkeit ist, als von den Polen. Praktisch ist daraus zu folgern, daß es ein Fehler ist, mehrere Flammbogenlampen in Serie zu benutzen, statt die Gesamtenergie einem Flammbogen zuzuführen, der so installiert wird, daß er mit der größtmöglichsten Flammbogenlänge brennt, die mit seiner Stetigkeit vereinbar ist. E. Kottmaier-Mainz.

A practical Window for Transmitting Ultraviolet Rays (Ein praktisches, ultraviolettes Licht durchlässiges Fenster), von A. H. Pfund-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 91, Nr. 1, S. 18.) Das Fenster besteht aus zwei gleich großen Rahmen, die

Digitized by Google

durch Scharniere zusammenklappbar sind. Jeder einzelne ist von einem Drahtnetz (Hühnergitter) bespannt. Zwischen diesen beiden zusammengeklappten Rahmen liegt als Ersatz für das ultraviolettundurchlässige Fensterglas Zellophan in Gestalt eines $^1/_2$ mm dicken Blattes. Die Durchlässigkeit des Zellophans für ultraviolette Strahlen nimmt nur sehr langsam ab. Aus Versuchen des Verf. geht hervor, daß bei Zellophanblättern, die ein Jahr lang dem Sonnenlicht ausgesetzt waren, diese Durchlässigkeit für ultraviolettes Licht nur von 70% auf 60% heruntergegangen war, bezogen auf jene heilwirkenden Strahlenqualitäten, die in der Nähe von Wellenlänge 3000 in Angström-Einheiten liegen. Verf. schlägt vor, daß Zellophanfenster als Ersatz für gewöhnliches Fensterglas überall da angewandt werden sollte, wo es wünschenswert erscheint, ultraviolettes Licht das ganze Jahr über in die Aufenthaltsräume zu lassen.

P. Seier-Heidelberg.

Kosmetik

Cosmetics. Composition — Dermatoses — Treatment (Kosmetika [Zusammensetzung — Dermatosen — Behandlung]), von L. K. Mc Cafferty und S. Genovese-New York. (New York State J. of Med.. Bd. 28, Nr. 6.) In einem historischen Überblick besprechen Verff. die Verwendung der Kosmetika bei den Ägyptern, Arabern, Juden, Römern usw. bis auf den heutigen Tag und stellen fest, daß der Gebrauch aller Verschönerungsmittel zwischen 1910 und 1920 eine ungeheuere Ausdehnung, besonders in Amerika und Frankreich, angenommen hat. Verff. geben dann eine Anzahl von Rezepten für ungefährliche Gesichtscreme, Puder, Lippenrot, Enthaarungsmittel, Nagelpolitur usw.. Zu verwerfen ist die mehr oder weniger wahllose Verwendung von Quecksilber, Arsen, Wismut, Silber, Kobalt, Pyrogallus und besonders Paraphenylendiamin in den käuflichen Reklamefabrikaten. Sie sind häufig die Ursache von Dermatitiden (6 Abbildungen), die auch oft durch Parfüms hervorgerufen werden. In diesen ist das schädliche Agens sehr schwer nachzuweisen. Verschönerungsmittel nach den angegebenen Rezepten halten Verff. für harmlos. Die Behandlung entstandener Schädigungen besteht natürlich zunächst darin, den Gebrauch des Kosmetikums zu verbieten und richtet sich sonst nach bekannten dermatologischen Grundsätzen und ist im allgemeinen einfach. Eine Statistik zeigt, welche gewaltigen Geldmittel für Kosmetika ausgegeben werden. Eine Rundfrage bei 62 Dermatologen ergab nur eine sehr geringe Anzahl beobachteter Schädigungen, aber es ist zu bedenken, daß es in den Vereinigten Staaten allein 40000 „Schönheitssalons" gibt, die sich neben der Abgabe von Schönheitsmitteln gewiß vielfach auch mit der Beseitigung von deren Schädigungen befassen. 170000 Personen sind in diesen Instituten beschäftigt, 135 Schulen entlassen jährlich 20000 „Kosmetiker". Die mangelnde Diagnosestellung (Verkennen von Lues, Epitheliomen usw.) in den Instituten bedeutet eine große Gefahr für das Publikum.

H. Th. Hinrichs-Halberstadt.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Contribution à l'étude de la pathogénie des oedèmes; recherches expérimentales sur l'équilibre minéral (Beitrag zum Studium der Pathogenese der Ödeme; experimentelle Untersuchungen über die gleichmäßige Verteilung der Mineralien), von P.-L. Violle und P. Dufourt. (Presse méd., 1928, Nr. 64, S. 1011.) Die Verteilung des Wassers im Organismus ist bestimmt durch das Gleichgewicht im Wasserhaushalt. Dieses ist abhängig von der Osmose, dem Säurebasengehalt, den Fettzellen und den Mineralien. Bei Störungen innerhalb dieser Beziehungen entsteht in stärkeren Fällen das Ödem. Verf. untersucht nun am M. gastrocnemius die Rolle der verschiedenen Mineralien bezüglich ihrer Fähigkeit Wasser zu binden und die Größe zu bestimmen. Verf. fand, daß der Muskel Wasser retiniert, wenn die Menge der Erdalkalien geringer ist als die der Alkalien und umgekehrt. Die Retentionskurve in komplexer Salzlösung ist also durch das Verhältnis dieser beiden Metallgruppen für Verteilung der Mineralien ausgedrückt. Zu den Erdalkalien gehören: Ca, Ba und Str.; zu den Alkalien: K, Na, Li und Mg.

D. Abel-Lörrach.

Gangrène cutanée primitive ou essentielle (Primäre oder essentielle Hautgangrän), von L.-M. Bonnet. (Lyon méd., 1928, Bd. 142, Nr. 33, S. 181.) Die primäre essentielle Hautgangrän ist ein verhältnismäßig seltenes Ereignis; sie kommt gewöhnlich bei Kindern oder jugendlichen Erwachsenen vor. Die bei ihr gefundenen, sehr verschiedenartigen Bakterien stellen möglicherweise nur sekundäre Infektionen dar. Mit

Digitized by Google

heftigen Allgemeinerscheinungen einhergehend, treten erythematöse Flecke auf, auf denen sich schnell Blasen entwickeln von sehr verschiedenem Umfange und in unregelmäßiger Gruppierung; sie werden dann großenteils hämorrhagisch und führen zur Bildung eines die ganze Dicke der Haut einnehmenden schwarzen Schorfes, nach dessen Abstoßung Heilung mit Narbenbildung eintritt. Verf. hat zwei Fälle bei einem Kinde von $1^1/_2$ Jahren und bei einem 20jähr. jungen Manne beobachtet, in denen hauptsächlich die Prädilektionsstellen der Krankheit, Okzipital- und Sakralgegend, in dem einen auch noch einige andere Stellen befallen waren. Bemerkenswert war in dem Falle des Kindes der Beginn mit einem Rash und eine nachfolgende schnell vorübergehende periphere Neuritis. E. Levin-Berlin.

Ambulatory Treatment of Varicose Ulcer (Ambulante Behandlung von Ulcus cruris varicosum), von R. Gibson und A. R. Sommerford-Manchester. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3518, S. 978.) Bei etwa 70 Fällen haben Verff. fast immer Erfolg gehabt unter Anwendung des Unnaschen Zinkleimverbandes bei gleichzeitiger Verödung der Varizen mittels der Injektionsmethode. Eine gute Formel für den Zinkleim ist: R. Zinc. oxydat. 10,0, Gelatin. alb. 6,0, Glyzerin 14,0, Aq. dest. 24,0. Für die Injektionen verwendeten sie entweder: R. Chinin. hydrochloric. 4,0, Urethan. 2,0, Aq. dest. 30,0 oder: R. Natr. salicylic. 6,6, Novokain 0,3, Aq. dest. 26,6. Sie legen Gewicht darauf, daß an der zu injizierenden Stelle der Vene nach der Einführung der Kanüle Blutleere durch Ausstreichen bis zur nächsten Venenklappe herbeigeführt wird und auch 3—4 Minuten nach Einführung des Medikaments durch Kompression erhalten wird.
A. Philippi-Bad-Salzschlirf.

Herpes

Herpes Zoster as an Early Symptom of Spinal Cord Tumor (Herpes zoster als Frühsymptom eines Rückenmarktumors), von G. R. Kamman-St. Paul. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 91, Nr. 5, S. 320.) Der Verf. beschreibt den Fall einer intraduralen Zyste fraglicher Ätiologie in der Höhe des 4. Brustwirbels. Noch ehe die Beschwerden der Pat. auf eine Erkrankung im Bereich des Rückenmarks hindeuteten, trat ein typischer Herpes zoster im Ausbreitungsgebiet des 6. Interkostalnerven rechts auf. Daran schlossen sich Sensibilitätsstörungen vom 6. Segment abwärts, gesteigerte Reflexe und Babinskysches Phänomen, später spastische Lähmung beider Beine mit Incontinentia alvi et urinae an. Die Laminektomie ergab eine Zyste der Dura in der Höhe des 4. Brustwirbels. Mikroskopische und chemische Untersuchung der Zyste und ihres Inhalts wurden nicht vorgenommen, so daß die Frage offen bleibt, ob der Herpes zoster das Resultat einer Reizung der Ganglienzellen durch die Zyste ist, oder ob umgekehrt der entzündliche Prozeß in den hinteren Wurzeln zur Zeit des Herpes zoster die Zyste verursacht hat. P. Seier-Heidelberg.

Herpes and Varicella (Herpes und Varizellen), von N. Gray Hill. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3526, S. 197.) Im Kinderkrankenhaus zu Carshalton kamen im Laufe der letzten 2 Jahre 29 Fälle von Herpes zoster, teils bei Pat. teils beim Personal, vor. Trotzdem die Fälle alsbald nach Feststellung der Diagnose isoliert wurden, schlossen sich an 8 von den Erkrankungen innerhalb eines Zeitraums von 10—20 Tagen einige oder wenigstens ein Fall von Varizellen an. Gegen einen Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungsarten führt aber Verf. den Umstand an, daß bei 7 von 29 Herpeskranken anamnestisch das Überstehen von Varizellen nachgewiesen und auch durch das Vorhandensein von Narben bestätigt wurde. Es ist daraus zu folgern, daß eine Erkrankung an Herpes zoster erst zum Auftreten von Varizellen Anlaß geben kann, daß aber das Überstehen von Varizellen keinen Schutz gegen Herpes zoster gewährt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ekzem, Rosacea

Zur Behandlung des Cheiropompholix und des Eczema mycoticum palmare et plantare, von J. Prochnik-Wien. (W. kl. W., 1928, Nr. 33, S. 1189.) An Stelle der üblichen Salbentherapie (Wilkinson 20, Pasta Zinci 80) verwendet Verf. zur Behandlung des Cheiropompholix und anderer dyshidrotischer Dermatosen im nässenden Stadium Kupfer-Alaun zu Hand- und Fußbädern (1 Eßlöffel einer 10%igen Kupfer-Alaunlösung auf $1^1/_2$ Liter warmes Wasser. Bedeutende Abkürzung des Krankheitsverlaufes. M. Cohn-Dresden.

Beitrag zur Fissantherapie in der Dermatologie, von G. Brann-Rostock. (Ther. d. Gegenw., 1928, Jg. 69, H. 8, S. 357.) Das Fissan ist ein basisches Siliziumfluorid von

Digitized by Google

der Formel $Si(OH_3)F_3$ und ein völlig neutrales und indifferentes Pulver, das eigentlich ein Kristalloid ist, doch zu den Kolloiden gerechnet wird, außerordentlich leicht ist, sehr viel Wasser aufnehmen kann und ein besonders großes Schüttelvolumen hat. Es ist absolut reizlos und wurde seit 12 Monaten vom Verf. benutzt. Fissanpuder wurde an Stelle des Talkum mit Erfolg bei allerlei Ekzemformen und auch prophylaktisch gegen Rasierfollikulitis benutzt. Die Fissansalbe bewährt sich bei nässenden Ekzemen besser als Zinkpaste und scheint für manche Formen des seborrhoischen Ekzems das Mittel der Wahl zu sein. Es läßt sich diese Salbe mit allen für die Therapie der chronischen Ekzeme nötigen Stoffen mischen. Wo die Fissansalbe reizt, wird eine vom Verf. angegebene (Deutsche Milchwerke, Zwingenberg) Schüttelmixtur bei allerlei akuten Dermatosen und ein dem Zinköl analoges Fissanöl angewandt. Fissanschüttelmixtur und Fissanöl übertreffen an Haltbarkeit, Konsistenz, Reizlosigkeit die vom Apotheker hergestellten Schüttelmixturen und Zinköle. H. Colman-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Unkomplizierter Gesichtserysipel mit Streptokokkenbefund im Blut und Harn, von H. Hoffmann-Tübingen. (M. Kl., 1928, Nr. 30, S. 1164.) Während früher die Ansicht galt, daß beim unkomplizierten Erysipel das Blut so gut wie immer von Streptokokken frei sei, sind doch jetzt öfter Fälle beobachtet worden, in denen dies wie in dem hier beschriebenen nicht der Fall ist. Von eigentlicher Sepsis kann dabei nicht die Rede sein, wenn auch natürlich Fälle vorkommen, in denen sich fast immer bei komplizierenden Eiterungen im subkutanen Gewebe oder Phlegmonen Sepsis an das Erysipel anschließt. Das zur Anwendung gekommene Omnadin schien hier eine ganz besonders günstige Wirkung ausgeübt zu haben. E. Levin-Berlin.

The Serum Treatment of Erysipelas (Serumbehandlung des Erysipels), von W. S. Mc Cann-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 91, Nr. 2, S. 78.) Verf. übt Kritik an den Resultaten der Serumbehandlung des Erysipels von Birkhaug. Die Beurteilung der Wirkung des Erysipelserums ist von den verschiedensten Faktoren abhängig. Das Alter des Pat. ist beachtenswert, da Kinder eine viel höhere Mortalität haben als Erwachsene, und außerdem ist der Sitz der Erkrankung in Betracht zu ziehen, da besonders Gesichtserysipele zu ungünstigem Verlauf neigen. Kontrollen, d. h. nicht mit Serum behandelte Fälle zeigen, daß besonders im Winter die Mortalität ansteigt. Im ganzen ist der Verlauf des mit Serum behandelten Erysipels nicht besser als der ohne Serum behandelten Erkrankung. Verf. zeigt, daß beim Erysipel das Scharlachantitoxin die gleichen Dienste leistet wie das spezifische Serum.

P. Seier-Heidelberg.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Asthma in Children. IV. Hypersensitiveness and the Family History (Asthma bei Kindern. IV. Überempfindlichkeit und Familiengeschichte), von M. Murray Peshkin-New York. (Am. J. Child. Dis., 1928, Bd. 36, Nr. 1, S. 89—101.) Unter 278 Kindern mit Asthma fand sich eine positive Familiengeschichte bezüglich voraufgegangener allergischer Erkrankungen bei 42,5%. Der Beginn des Asthmas ist bis zum Ende des ersten Lebensjahres häufiger als in einer anderen Altersklasse und wird gegen das Alter von 10 Jahren immer seltener. Positive Allergie in der Familiengeschichte findet sich relativ am häufigsten bei im ersten Jahre aufgetretenem Asthma. Es gibt also sicher eine Gruppe von Kindern mit angeborener Neigung zur Entwicklung von Asthma, während bei anderen die allergische Erkrankung erworben ist.

E. Levin-Berlin.

Heteroplastische pluriglanduläre Implantationen beim Menschen zur Heilung der Endokrinopathie, von N. Pende-Genua. (Endokrinol., 1928, Bd. 2, H. 2, S. 81.) Die Implantation der Geschlechtsdrüse allein kann die Rückbildung der Alterserscheinungen nicht hervorrufen, weil das Altern von der Hypofunktion der Hypophyse, der Schilddrüse und der Geschlechtsdrüse sowie von der Hyperfunktion der Nebenniere abhängt; die chirurgische Behandlung des Alterns muß deshalb die pluriglanduläre Implantation vornehmen. Bei einem Arzte mit konstitutionellem Hypogenitalismus und Hypothyreoidismus, der seit vielen Jahren an Symptomen vorzeitigen Alterns und an Mangel an genitalem Empfinden litt, war 3 Monate nach der pluriglandulären Implan-

Digitized by Google

tation die gute Laune, Arbeitslust, Wiedererwachen der Libido, Wachsen der Crines und Weichheit der Haut aufgetreten, und die Besserung nahm im Laufe eines Jahres noch weiter zu. Bei zwei weiteren Fällen von konstitutionellem Hypogenitalismus und Gynäkomastie trat schon in den ersten Tagen nach der Operation eine vorübergehende Geschlechtsreizung auf, um nach 4 Monaten einer dauernden Besserung der Symptome Platz zu machen; auch die Gynäkomastie ging deutlich zurück. Bei einer Frau von 47 Jahren mit Diabetes insipidus beobachtete man nach der Implantation von Hypophyse und Ovarium eine Verdoppelung der Menses und eine wenn auch nicht lange dauernde Abnahme der Diurese. Bei einem amenorrhoischen hyperthyreotischen Mädchen von 16 Jahren rief die Implantation von Ovarium, Schilddrüse und Nebenschilddrüse eine normale Menstruation und eine Verminderung der hyperthyreoitischen Symptome hervor. Sogar bei einer 67jähr. Frau, bei der seit 22 Jahren die Menses sistiert hatten, trat nach der Implantation von Ovarien, Schilddrüse und Hypophyse eine Wiederkehr der Menses auf, die nach einem Jahre wieder abnahmen. Die zur Implantation benutzten Drüsen werden vom Affen genommen; beim Manne werden sie in das die äußeren Scheiden des Hodens umgebende Gewebe, bei der Frau in das tiefe retromammär liegende Gewebe eingeführt. Selbstverständlich müssen die Tiere durch Blutuntersuchung und Röntgenographie auf Freiheit von Spirochäten und von Tuberkulose geprüft sein. Einige Tage nach der Implantation tritt Polyurie mit Verminderung des Blutdruckes ein. Der Erfolg der Operation zeigt sich erst nach 3—4 Monaten, während in der ersten Zeit nach der Operation Symptome allgemeinen Unwohlseins, Abmagerung und Verschlechterung des sexualen Befindens einzutreten pflegen. Man muß annehmen, daß bei den implantierten Drüsen ein reduziertes Leben, eine Hypobiotrophie, besteht, welche einen gewissen Grad von Funktionsfähigkeit gestattet, bis sie infolge der Atrophie der Implantate verschwindet. Der Annahme, daß die implantierten Drüsen einen Reiz auf die entsprechenden endokrinen Drüsen üben, steht die Erfahrung entgegen, daß die Implantation um so wirksamer ist, je weniger von der entsprechenden Drüse beim Operierten vorhanden war. Wenn auch die heteroplastische pluriglanduläre Implantation nur eine vorübergehende Wirkung hat, so ist sie dadurch, daß sie für viele Monate die funktionelle Vitalität wiederherstellt und den Tonus in Ordnung bringt, von großem Werte. F. Winkler-Wien.

Maligne Neubildungen

Zur Abgrenzung des Geschwulstbegriffes, von J. Seiler, Pathol. Inst. Danzig. (Zbl. f. Krebsforschg., 1928, Bd. 27, H. 3, S. 210.) Die heutige Reiztheorie in der Geschwulstlehre setzt den Gedanken voraus, daß der zur Geschwulstentstehung führende Reiz dem endgültigen Produkte nicht adäquat ist und nur die in ihrem Mechanismus irgendwie präexistente Geschwulstbildung auslöst; das Aufhören des Reizes setzt der Wucherung kein Ziel. Die parasitäre Theorie zerstört im selben Sinne den heutigen Geschwulstbegriff und muß von vornherein abgelehnt werden. Eine Beziehung einer Geschwulst zu äußeren Schädlichkeiten müßte zur Ausscheidung des betreffenden Gebildes aus der Gruppe der echten Geschwülste führen; deshalb gehört die Struma, wenn sie wirklich auf einer außerhalb der Zelle gelegenen Ursache beruht, nicht zu ihnen. Systemerkrankungen, wie die Leukämie, Lymphosarkomatose, Neurofibromatose, die symmetrischen Geschwülste, werden von den echten Blastomen abgetrennt und als hypertrophische Bildungen betrachtet. Wie die Entstehung der Geschwulstanlage uns unbekannt ist, wissen wir nichts über die Vorgänge bei der Umwandlung einer benignen in eine maligne Geschwulst; die Grenze zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten ist künstlich, es gibt tatsächlich Übergänge. Bei einigen Geschwülsten sind Bedingungen für das Wachstum nachweisbar, die nicht ausschließlich an die Zelle gebunden sind, wie bei dem Rous-Sarkom des Huhns, beim malignen Chorionepitheliom und beim Mäusesarkom; wir müssen trachten, den Satz vom autonomen Wachstum der Geschwülste zu erschüttern. F. Winkler-Wien.

Einige Grundfragen der experimentellen Geschwulstforschung, von K. Löwenthal-Berlin. (M. Kl., 1928, Nr. 33, S. 1263.) Es hat sich gezeigt, daß sich bei Mäusen die Geschwulstdisposition als einfach mendelnder Faktor rezessiv vererbt, und es ist anzunehmen, daß Gleiches auch für andere Tiere und auch für den Menschen gilt. Widersprüche hiermit, die darin zu liegen scheinen, daß es bei experimentellen Versuchen unter Umständen gelungen ist, bis zu 100% positive Resultate zu erzielen, sind so zu erklären, daß neben der endogenen familiären Disposition irgend ein Reiz erforderlich ist, um ein echtes Gewächs entstehen zu lassen, ein solcher aber bei nicht disponierten

Digitized by Google

Tieren wirkungslos bleibt. Die Reize können ganz geringfügiger, auch physiologischer Natur sein. Außerdem vererbt sich dominant ein Hemmungsmechanismus gegen das autonome Wachstum, der durch alle möglichen Einflüsse (Teerpinselungen usw.) zerstört werden kann. Es müssen danach alle neueren Arbeiten über Tumorerzeugung mit größter Vorsicht beurteilt werden, und es ist stets die Möglichkeit spontaner Geschwulstentstehung im Auge zu behalten. Das Arbeiten mit Tierstämmen, deren erbliche Eigenschaften durch genaue Analyse festgelegt sind, wäre als Ideal zu betrachten. Praktisch wird natürlich die Erbanalyse durch die vielen interkurrenten Krankheiten besonders bei der geringen Kinderzahl des Menschen weitgehend beeinflußt, und es wird bei der erheblichen Wichtigkeit der exogenen Reize als Realisationsfaktoren bei vorhandener Anlage die Hauptaufgabe zunächst immer noch auf Erkennung und Verhütung der Reize gerichtet sein müssen. E. Levin-Berlin.

Die Entstehung histologisch neuer Tumoren nach der Impfung mit bösartigen Geschwülsten, von C. Lewin. (Zbl. f. Krebsforschg., Bd. 27, H. 3, S. 253.) Die Möglichkeit der Entstehung maligner Geschwülste ohne die Mitwirkung von Tumorzellen muß als sicher angesehen werden; durch eine lebendige oder eine unbelebte Ursache können normale Zellen eine biologische Umwandlung zu bösartigen Zellen erfahren, wie dies besonders bei Verimpfung von Exsudaten oder Lymphflüssigkeit deutlich wird und aus der wenn auch seltenen Erfahrung erhellt, daß nach der Impfung artfremder Tumoren neue vom geimpften Tiere selbst gebildete maligne Geschwülste entstehen. So hat Verf. nach der Impfung eines Ovarialkarzinoms vom Menschen auf den Hund einen transplantablen Tumor beim Hunde entstehen gesehen; Dagonet und Mauclaire sowie Werner haben ebenfalls durch die Impfung von Hunden mit menschlichen Tumorzellen die Entstehung von Tumoren bei Hunden, ferner Keyser maligne Geschwülste nach Verimpfung menschlicher Tumorzellen auf Mäuse beobachtet; Blumenthal hat bei Ratten durch Verimpfung von Ödemflüssigkeit und Pleuraexsudat von Krebskranken die Entstehung maligner Geschwülste gesehen. Hierher gehört auch die experimentelle Erzeugung neuer Tumoren von karzinomatöser Struktur durch die Impfung von Sarkomen auf vorher gesunde Ratten, was nur dadurch zu erklären ist, daß epitheliale Zellen des neugeimpften Tieres durch einen vom überimpften Sarkom ausgeübten Reiz zu maligner Wucherung veranlaßt wurden. Die Annahme, daß es sich um eine Mischgeschwulst gehandelt habe, wird vom Verf. zurückgewiesen und die Selbständigkeit der Karzinomzelle gegenüber dem Bindegewebe festgehalten. Das Stroma der überimpften Karzinomgeschwulst geht im neuen Tiere gewöhnlich zugrunde, doch haben Bashford, Murray und Haaland nachgewiesen, daß plötzlich beim weiteren Überimpfen um die jungen Karzinomzellen ein Hof von Zellen entsteht, die größer sind als die Krebszellen und sich von ihnen scharf durch größere Helligkeit unterscheiden und von denen sich Übergänge zu den normalen aus den Bindegewebszellen stammenden Zellen des Stromas finden. Heidenhain hat neuerdings gezeigt, daß nach Impfung von Menschentumoren in 5—6% der Fälle Karzinome sowohl wie Sarkome entstehen, gleichgültig ob menschliche Karzinome oder menschliche Sarkome verimpft wurden; es besteht natürlich die Möglichkeit, daß es sich dabei um Spontantumoren handelt, da nach Maud Slye unter 40000 Mäusen 5000 Spontantumoren vorkommen. Es wird also langer Nachprüfungen bedürfen, bis es sicher ist, daß die lebende Zelle zur Hervorbringung der malignen Tumoren nicht notwendig ist und daß durch Tumorzellen ein von ihnen unabhängiger Reiz übertragen werden kann, welcher normale Zellen in maligne Geschwulstzellen umzuwandeln vermag. F. Winkler-Wien.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Josef Gusmann in Budapest zum a. o. Professor.

Gewählt: Geh. Med.-Rat Prof. Jadassohn in Breslau zum korrespondierenden Mitglied der medizinischen Gesellschaft in Oslo.

Prof. G. Meschtscherski, Direktor der I. Moskauer Klinik, feiert am 2. Dezember das 30jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 49 (Bd. 87) 8. Dezember 1928

OFFIZIELLER BERICHT DER 90. VERSAMMLUNG DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NATURFORSCHER UND ÄRZTE IN HAMBURG 1928

ABTEILUNG DERMATOLOGIE

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. P. MULZER, EINFÜHRENDEM,

PROF. R. HABERMANN und DR. C. L. KARRENBERG, SCHRIFTFÜHREBN

★ ★ ★

Eröffnungssitzung, Dienstag, den 18. September 1928, 15 Uhr

Ansprache des Einführenden: MULZER-Hamburg.

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich eröffne die Sitzungen der Sektion 30, Dermatologie, der 90. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg.

Zugleich im Namen meiner Herren Miteinführenden, Prof. RITTER und Prof. DELBANCO, heiße ich Sie alle, die Sie hier erschienen sind, herzlich willkommen! Wir freuen uns, daß eine so große Zahl von Fachkollegen aus Nah und Fern unserer Einladung gefolgt ist. Nur zögernd spreche ich den Wunsch aus, daß Sie Ihr Kommen in keiner Weise bereuen mögen, ich bin mir wohl bewußt, daß Sie viel von uns erwarten und mit Recht viel erwarten können. Besitzt doch Hamburg gerade in dermatologischer-wissenschaftlicher Hinsicht eine glänzende Tradition, die sich vor allem an die Namen von UNNA und ARNING knüpft. Sie fand ihren Niederschlag in dem im Jahre 1921 hier in Hamburg stattgefundenen XII. Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. Die Erinnerung an diesen Kongreß, der dank der hervorragenden Organisation von ARNING so überaus glänzend verlaufen ist, wird bei allen, die daran teilgenommen haben und jetzt

Digitized by Google

wieder nach Hamburg gekommen sind, heute wohl besonders lebhaft sein. Mit ihm wollen und können wir nicht konkurrieren! Wir hoffen aber, durch unsere Veranstaltung Ihnen zeigen zu können, daß auch wir Jungen uns bemühen, treulich in den Bahnen der Alten zu wandeln! Sie alle werden sich mit uns besonders freuen, daß wir unseren hochverehrten Altmeister ARNING heute in so guter körperlicher und geistiger Frische hier unter uns sehen. Ich glaube ganz in Ihrem Sinne zu handeln, wenn ich ihn bitte, für die Dauer unserer Sitzungen das Ehrenpräsidium zu übernehmen.

Hocherfreut sind wir auch, daß Herr Geheimrat JADASSOHN und Herr Prof. HOFFMANN und mit ihnen eine große Anzahl anderer hervorragender Dermatologen gekommen sind. Ein besonderes Gepräge erhält aber unsere Veranstaltung dadurch, daß auch die beiden führenden Dermatologen Wiens, Herr Prof. ARZT und Herr Prof. KERL, sowie Herr Obermedizinalrat Dr. ULLMANN, an unseren Sitzungen teilnehmen. Aus dem Ausland dürfen wir u. a. begrüßen Herrn Prof. SCHAMBERG-Philadelphia, Herrn Prof. LEVY-Maastricht und Herrn Dr. LUSTIG-Meran.

Viele, die wir hier gern gesehen hätten und die auch gern gekommen wären, sind nicht erschienen. Die weiten Entfernungen, andere Verpflichtungen und teilweise leider auch schwere Erkrankungen, ja ein Todesfall in der Familie, haben ihr Kommen in letzter Stunde verhindert. Alle haben dies sehr bedauert und uns mit herzlichen Grüßen einen recht guten Verlauf unserer Tagung gewünscht.

Schmerzlich empfinde ich es, Sie meine hochverehrten Herren Kollegen, nicht in meiner eigenen Klinik empfangen zu können. Sie bildet, wie Sie ja alle wissen werden, zur Zeit nur ein Provisorium. Der Neubau der Universitäts-Hautklinik, ein besonders dringendes Bedürfnis für unsere junge Universität, ist zwar seit langem schon geplant, aber leider immer noch nicht in Angriff genommen worden. Das große Entgegenkommen von Herrn Geheimrat NOCHT hat es ermöglicht, daß wir unsere I. Sitzung hier in den schönen Räumen des Tropeninstituts abhalten können. Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat NOCHT, den wir zu unserer großen Freude hier begrüßen können, in unser aller Namen herzlichst zu danken!

Die weiteren Sitzungen finden, wie Sie aus dem auf Ihren Plätzen liegenden Programm ersehen können, in der Dermatologischen Klinik des Krankenhauses St. Georg statt, wozu Herr Direktor HEGLER in liebenswürdiger Weise seine Erlaubnis gegeben hat. Herr Prof. RITTER und seine Herren haben alles aufgeboten, um unsere Tagung dort so angenehm wie möglich zu gestalten.

Meine Damen und Herren! Wir beginnen jetzt mit den Vorträgen. Herr Geheimrat FÜLLEBORN und Prof. MAYER haben sich einem allgemein geäußerten Wunsch folgend freundlichst bereiterklärt, uns aus ihrem eigentlichen Arbeitsgebiet, über „Die tropischen Hautkrankheiten" zu berichten. Ich danke den Herren schon jetzt dafür. Bei der Fülle des Stoffes haben sie gebeten, etwas länger, als es Vorschrift ist, reden zu dürfen. Ich glaube, in Ihrem Sinne zu sprechen, wenn ich beiden Herren unbegrenzte Redezeit zusichere!

Digitized by Google

Die darauffolgenden Demonstrationen von Herrn Prof. HOFFMANN und Dr. VOGEL bitte ich möglichst kurz zu gestalten, da wir unsere Sitzung hier pünktlich um 17 Uhr schließen müssen.

Herrn Geheimrat JADASSOHN und Prof. HOFFMANN bitte ich, für diese Nachmittagssitzung gütigst den Ehrenvorsitz übernehmen zu wollen.

Herr **FÜLLEBORN**-Hamburg: **Haut und Helminthen.**

Während Insekten und Milben seit langer Zeit als praktisch recht wichtige und häufige Parasiten der Haut bekannt sind, ist die Kenntnis, daß auch zu den Würmern gehörige Schmarotzer vielfache Beziehungen zum Integument haben, verhältnismäßig jungen Datums.

Nur daß der Medinawurm, ein etwa 1 m langes Tier, die Haut durchbricht, konnte nicht übersehen werden: Er war daher schon seit den ältesten Zeiten bekannt.

Nach den neueren Untersuchungen von FAIRLEY[1]) bildet sich über der Durchbruchsstelle des Wurmes durch von ihm bis dahin zurückgehaltene Giftsubstanzen eine kleine Hautnekrose und darüber eine Epidermisblase, nach deren Platzen das Vorderende des Wurmes in der Wunde sichtbar wird. Bei Abkühlung seiner Umgebung — z. B. wenn der Patient mit den als Durchbruchsstelle bevorzugten Füßen in Wasser tritt — zieht sich die Körpermuskulatur des Wurmes zusammen und dabei werden Tausende seiner mikroskopisch kleinen Mikrofilarien aus dem Vorderende ausgespritzt. Enthält das Wasser gewisse Arten der winzigen, vulgär als „Wasserflöhe" bezeichneten Cyclops-Krebschen, die solche Wurmlarven gierig fressen, so reifen diese in den Krebschen heran und durch Verschlucken der infizierten Krebschen mit Trinkwasser erfolgt die Infektion des Menschen. Daß von letzterer bis zum Durchbruch des erwachsenen Wurmes fast genau ein Jahr vergeht, ist eine Anpassung an die Trinkgewohnheiten der Bevölkerung, die nur zu einer gewissen Jahreszeit genötigt ist, ihren Wasserbedarf aus den seichten Cyclops-Tümpeln zu decken, die sie beim Hineinwaten ins Wasser mit den Larven ihrer Medinawurmgeschwüre infizieren.

Für manche Gegenden des tropischen Westafrikas und Britisch-Indiens hat der Parasit wegen seiner Häufigkeit eine recht erhebliche Bedeutung, zumal nach Platzen des Epidermisbläschens oft bakterielle Infektion des bindegewebigen Kanals, in dem der Wurm steckt, eintritt, wodurch schwere, verstümmelnde Zellgewebsentzündungen entstehen können.

Das ist besonders dann zu befürchten, wenn der Wurm bei der uralten Methode, ihn aus der Wunde herauszuwickeln, abreißt und dabei das in der Wundöffnung mit Bakterien infizierte Vorderende in die Tiefe zurückschnellt, während die sich in das Gewebe entleerenden Mikrofilarien nach FAIRLEY höchstens aseptische Gewebseinschmelzungen verursachen.

Durch aseptische stückweise Entfernung des Wurmes nach FAIRLEY[2]) läßt sich die Infektionsgefahr vermeiden. Um den Verlauf des Parasiten unter der Haut zu erkennen, dient die Kontraktion des Wurmes unter

[1]) Ind. Journ. Med. Res., 1924. — [2]) Ind. Med. Gaz., 1924, S. 429—438.

Digitized by Google

dem Kältereiz auf die Haut gespritzten Äthylchlorids oder Röntgendurchleuchtung nach Einspritzung von Lipiodol in den Wurmkörper nach BOTREAU-ROUSSEL[1]). Dagegen haben sich die Angaben, daß man den Wurm durch intravenöse Tartarus-stibiatus-Behandlung abtöten und zur Resorption bringen könne, nach FAIRLEY und nach BOTREAU-ROUSSEL leider nicht bestätigt, wennschon Antimon die septischen Sekundärprozesse günstig beeinflussen mag.

Anders als der Medinawurm verhalten sich die übrigen Filarien des Menschen: Zwar gelangt auch deren Nachkommenschaft durch die Haut aus dem Wirtskörper heraus, doch geschieht das durch Stechinsekten, die zugleich mit Blut oder Lymphe die Mikrofilarien aufsaugen, so daß dadurch keine Symptome außer einem gewöhnlichen Insektenstich verursacht werden.

Während wir vom Menschen sonst keinen Wurm kennen, der seine Brut durch die Haut hindurch ins Freie entleert[2]), fanden Swift, Boots und Miller[3]) bei dem als Laboratoriumstier viel benutzten javanischen Affen Macacus rhesus in Epidermisblasen der Hand- und Fußsohle einen 2 cm langen, dem Trichozephalus verwandten dünnen Fadenwurm, dessen Eier sich nach Platzen der Blasen ins Freie entleeren, den sie Trichosoma cutaneum benannten. Die Infektion der Haut findet offenbar durch Verschlucken der Eier auf dem Wege durch die Blutzirkulation statt.

In diesem Zusammenhange sei darauf hingewiesen, daß auch die Brut von Oxyuris — oder wie er heute heißt, Enterobius — eigenartige Beziehungen zur Haut hat, indem der Wurm deren Wärme gewissermaßen als „natürlichen Brütofen" zur Entwicklung seiner Eier ausnutzt. Am besten dazu angepaßt ist das sehr große Weibchen von O. mastigoides des Pferdes, das mit seinem peitschenschnurähnlichen, über 20 cm langen Schwanz bei der Kotentleerung in der Afteröffnung des Pferdes hängenbleibt und dann erst seine Eier ablegt, die als dicke Krusten die Analgegend bedecken. Sie sind in grünliche (bei einer anderen Art des Pferdes in gelbliche) Massen eingebettet, die offenbar die Haut heftig reizen, da sich diese unter den Eierkrusten regelmäßig stark entzündet, ähnlich wie bei der seltenen, durch Oxyuris vermicularis verursachten Dermatitis intertriginosa des Menschen.

Im Prinzip verhält sich der Oxyuris des Menschen ganz ebenso wie der des Pferdes, nur daß sein Schwanz zu kurz ist, um den Wurm in der Analöffnung zu verankern und das Oxyurisweibchen daher am Abend bekanntlich aus dem After herauswandert, um seine Eier in dessen Nachbarschaft zu deponieren. Ob das bekannte Analjucken rein mechanisch entsteht, oder ob auch bei Oxyuris vermicularis der Uterusinhalt die Haut reizt, wissen wir nicht: Jedenfalls begünstigt das Jucken aber die Verbreitung des Parasiten, da er ja hauptsächlich durch die mit den Eiern verunreinigten Fingernägel von Mensch zu Mensch übertragen wird.

In den bisher besprochenen Fällen diente die Haut direkt oder indirekt als Austrittsstelle für die Wurmbrut, von erheblich größerer

---

[1]) Bull. soc. path. exot., 1928, S. 103/104. — [2]) Allerdings wurde in ein paar Fällen auf Trinidad im Eiter abszedierender Hauttumoren der kleine Fadenwurm Lagocheilascaris minor festgestellt, doch vermutet man, daß es sich dabei nur um einen in den Menschen verirrten Parasiten handelt. — [3]) Journ. of experiment. Med., Mai 1922.

Digitized by Google

Wichtigkeit ist es aber, daß die Haut auch als Eintrittsstelle für Helmintheninfektion eine Rolle spielt.

So gelangen die durch Stechinsekten aus dem Hautblute aufgesogenen Blutmikrofilarien durch die Haut hindurch wieder in einen anderen Menschen hinein, wenn der Insektenzwischenwirt nach einiger Zeit abermals sticht. Zum Beispiel reifen die Mikrofilarien der Filaria bancrofti des Menschen, nachdem sie mit dem aufgesogenen Blute zunächst in den Magen einer geeigneten Mückenart gelangt sind, in deren Brustmuskulatur heran; dann wandern sie durch die Leibeshöhle der Mücke in ihre Rüsselscheide, durchbohren deren Spitze beim Saugakt, so daß sie auf die Haut gelangen, und bohren sich alsdann in letztere ein.

Auch bei der hauptsächlich zu Hämaturie und dysenterieähnlichen Erscheinungen führenden Bilharziose erfolgt die Infektion durch die Haut hindurch. Die Eier dieser in den Beckenvenen lebenden Saugwürmer gelangen bekanntlich durch das Gewebe von Blase und Dickdarm hindurch in deren Lumen und mit den Entleerungen ins Freie. Im Wasser schlüpft der Embryo aus und bohrt sich in gewisse Schneckenarten ein, wo er sich unter mannigfachen Umwandlungen stark vermehrt; die freilebenden, durch einen Gabelschwanz charakterisierten Endstadien dieser Entwicklung, die sog. Zerkarien, bohren sich in die Haut der Badenden oder im Wasser Watenden ein, was ihnen durch ihre gewebserweiternden Drüsensekrete erleichtert wird. Durch das Einbohren in die Haut entsteht nur ein kurzdauernder Juckreiz[1]); sind die Würmer aber nach einigen Wochen in der Leber des Menschen herausgewachsen, verursachen ihre Stoffwechselprodukte ein einem Abdominaltyphus ähnliches Fieber, für das Urtikariaschübe und hohe Eosinophilie charakteristisch sind; auf dieses sogenannte „septikämische Stadium" folgt dann das fieberlose, viele Jahre anhaltende Stadium, in dem die Gewebe von Blase, Dickdarm usw. mit den hartschaligen Eiern inkrustiert werden; gelegentlich wird auch die Haut der After-Genitalgegend befallen. Durch intravenöse Behandlung mit Tartarus stibiatus nach CHRISTOPHERSON und mit dem zuerst von TSYKALAS und MARTIN MAYER in die Bilharziatherapie eingeführte Emetin besitzen wir jetzt aber treffliche Mittel gegen die in schweren Fällen sehr ernste Krankheit.

Von ganz gewaltiger wirtschaftlicher Tragweite, weil neue Wege zur Bekämpfung weisend, war die vor etwa 30 Jahren von unserem Landsmann ARTHUR LOOSS gemachte Entdeckung, daß bei Ancylostomiasis die Infektion des Darmes fast stets durch die Haut der unbeschuhten Füße vom kotverschmutzten Erdboden aus erfolgt, die Infektion durch mit Trinkwasser verschluckte Larven dagegen praktisch kaum eine Rolle spielt. Ebenso wie Ancylostoma duodenale verhält sich auch der andere „Hakenwurm" des Menschen, der Necator americanus, der in vielen Weltgegenden unter der ländlichen Bevölkerung ungeheuer verbreitet ist und zahlreiche Leute schwer anämisch macht. Die auffallende und wirtschaftlich recht wichtige Tatsache, daß im Süden der Vereinigten Staaten, wo Neger und Weiße unter gleichen Bedingungen leben, nach SMILLIE & AUGUSTIN[2]) die Kinder

[1]) Über „Schistosomum-Dermatitis" durch Cercaria elvae siehe CORT, Journ. Amer. Med. Ass., 31. März 1928. — [2]) Ibid., 19. Dez. 1925.

Digitized by Google

der weißen Farmer fast 10mal stärker infiziert sind als die Negerkinder, scheint damit zusammenzuhängen, daß die derbere Negerepidermis dem Einbohren der mikroskopisch kleinen Hakenwurmlarven mehr Widerstand leistet, ebenso wie erfahrungsgemäß auch die festere Haut älterer Versuchstiere schwerer durchbohrt wird als die junger Tiere.

Eine Bestätigung findet diese Ansicht durch folgende Beobachtung: Nach KIRBY-SMITH, DOVE und WHITE[1]) kommt stellenweise in Florida und Nachbarschaft zumal bei Kindern ganz überaus häufig eine eigenartige Hautkrankheit vor, von der aber die dortigen Neger kaum jemals befallen zu werden scheinen. Klinisch gleicht sie meist der durch eine in die Menschenhaut verirrte und im Epithel weiterkriechende Larve der Gastrophilusfliege verursachten altbekannten „Creeping Eruption" der englischen Autoren, nur daß die Entzündungserscheinungen gelegentlich heftiger sind, so daß sich das Epithel blasenartig abheben kann. In Florida fanden die Autoren aber statt der vermuteten Fliegenlarve am Vorderende des weiterkriechenden Ganges eine kleine Nematodenlarve, die jedoch zunächst nicht näher bestimmbar war.

Zuffällig arbeitete ich damals über Hauterscheinungen bei perkutaner Helmintheninfektion, und da ich gerade kein Hakenwurmmaterial vom Menschen zur Verfügung hatte, brachte ich Larven einer Hunde-Hakenwurmart, Uncinaria stenocephala, auf meine und die Unterarmhaut unseres Laboranten, Herrn HEITMANN, der alle derartigen Selbstversuche opferfreudig mit mir zu teilen pflegt: Zu meiner Überraschung bildete sich bei uns beiden unter heftigem Juckreiz nach einigen Tagen ganz dasselbe Bild des fortschreitenden Ganges aus wie in den Fällen aus Florida; auch die blasigen Abhebungen traten stellenweise auf. Die Untersuchung eines exzidierten Hautstückes zeigte die Wurmlarve unmittelbar unter dem Stratum corneum; der anfänglich enge Gang wird unter Einwanderung von Leukozyten bald ganz erheblich weiter; die in ihn ausgeschiedene Flüssigkeit steht dabei unter einem sehr erheblichen Druck, so daß die Epithelzellen seiner Wandungen ganz abgeplattet sind; an anderen Stellen erscheint die Epithelschicht wie durch den Flüssigkeitsdruck auseinandergerissen[2]). Es ist erstaunlich, wie so starke Entzündungen durch so winzige Giftmengen wie die einer nur ½ mm langen und etwa 20 μ dicken Nematodenlarve entstehen können! Auch jetzt, 2 Jahre nach der Infektion, ist übrigens eine Anzahl von Larven offenbar noch lebendig und meldet sich bei mir alle paar Monate an der Infektionsstelle durch Jucker und charakteristische Bläschenbildung.

Da Uncinaria stenocephala auch bei unseren europäischen Hunden vorkommt, mag mancher Fall von „Creeping Eruption", bei dem man vergeblich nach der Fliegenlarve fahndete, durch diese Wurmlarve verursacht sein. In Florida ist es dagegen nach den neuren Untersuchungen von WHITE und DOVE[3]) die Larve des bei uns fehlen-

---

[1]) Arch. for Dermatol. and Syphilitol., Februar 1926. — [2]) Siehe FÜLLEBORN, Abhandlungen aus dem Gebiete der Auslandskunde. Hamburgische Universität, Bd. 26, Reihe D. Medizin, Bd. 2 (Festschrift NOCHT, 1927). — [3]) J. Am. m. Ass., 26. Mai 1928.

Digitized by Google

den Hundehakenwurms Ancylostoma brasiliense, während der am weitesten verbreitete Hundehakenwurm A. canium ebensowenig wie die im Menschendarme ausreifenden Hakenwurmlarven beim Menschen „Creeping Eruption" verursacht. Andererseits können das aber außer den Larven der genannten Hundeparasiten auch andere in die Menschenhaut verirrte Nematodenlarven, z. B. die von Gnathostoma-Arten, denn einige derartige Fälle sind aus Ostasien beschrieben; eine Gnathostoma-Art kommt übrigens auch bei unseren deutschen Schweinen vor.

Ich vermute auch, daß es ebenfalls Nematodenlarven waren, die eine am Nyassasee in Ostafrika erworbene, 20 Jahre hindurch alle paar Monate wieder auftretende Affektion verursachten, bei der sich an den Fingern einer Hand unter Anschwellung und starkem Jucken bald hier, bald dort gangartig angeordnete Knötchen bildeten[1]); sie verschwanden erst, als der Patient auf meinen Rat dagegen Heliobrom TEICHGRÄBER gebrauchte, das sich mir auch sonst recht bewährt hat und vor allem auch den Juckreiz bei urtikariaähnlichen Prozessen mildert.

Wie oben bereits angedeutet, folgt nach dem Einbohren der im Menschendarm ausreifenden Hakenwurmlarven niemals „Creeping Eruption", sondern es tritt unmittelbar danach außer etwas Jucken und Rötung nur ein allerkleinstes, bald verschwindendes Bläschen an der Infektionsstelle auf. Wenn im Experiment allerdings Tausende von Hakenwurm- oder Strongyloideslarven auf eng begrenzter Hautstelle sich einbohren, erfolgt heftige Entzündung. In der Praxis werden aber meist nur wenig Larven gleichzeitig eindringen, und die bei Barfußgängern warmer Länder stellenweise sehr häufigen juckenden Eiterbläschen zwischen den Zehen, die man als ‚Ground itch" bezeichnet, dürften meist aus anderen Ursachen entstehen, zumal sie in manchen schwer mit Hakenwürmern infizierten Gegenden praktisch fehlen, in kaum damit infizierten aber andererseits sehr häufig sein können.

Ebensowenig Symptome wie bei Hakenwurmlarven verursacht das Einbohren der Larven von Strongyloides stercoralis, jenes kleinen Darmschmarotzers, den der Mediziner meist als „Anguillula intestinalis" kennt. Wenn mir persönlich, nach jahrelang fortgesetzten Versuchen über die Biologie des Parasiten, aber auch nur eine einzige Larve in die Finger eindrang, schwoll unter fast unerträglichem Jucken die ganze Hand für etwa eine Woche lang an, und als ich dann absichtlich die Larven auf den Unterarm brachte, bildeten sich innerhalb etwa einer halben Stunde weiterwandernde, lange Quaddelwülste, die offenbar den Weg der im Unterhautbindegewebe — nicht im Epithel! — kriechenden Larven anzeigten; nach ihrem Abklingen ließen sich die Quaddelwülste durch Reiben der Haut übrigens noch wochenlang an alter Stelle wieder hervorrufen, nicht nur am nächsten Tage, wie es bekanntlich bei der nach Mückenstich entstehenden Quaddel der Fall ist. Infolge des häufigen Eindringens von Strongyloideslarven war meine Unterarmhaut also offenbar gegen die Stoffwechselprodukte des Parasiten „überempfindlich" geworden[2]).

---

[1]) Siehe FÜLLEBORN, Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, S. 702—704. —
[2]) Siehe FÜLLEBORN, Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, S. 721—732.

Digitized by Google

Auf diese Zusammenhänge aufmerksam geworden, konnte ich aber feststellen, daß fast alle Träger chronischer Strongyloidesinfektionen — und derer gibt es weit mehr als man bisher vermutete — gelegentlich an eigenartigen Urtikariaeruptionen leiden, so daß ich schon öfter allein daraus die Diagnose auf den Darmparasiten stellen konnte. Bei diesen Personen traten die durch starkes Jucken recht störenden Quaddeln oder auch „Quaddelgänge" nämlich fast nur in der näheren und weiteren Umgebung des Afters, d. h. meist über den Glutäen auf, und reichten gewöhnlich nur bis zur Oberschenkel- und der Gürtelgegend: Offenbar liegt das daran, daß aus minimalen Kotspuren — wie sie trotz peinlichster Sauberkeit am After haften bleiben können — die in die Haut eindringenden Larvenstadien sich entwickeln, wodurch mit der Zeit gerade diese Hautpartien „lokal" überempfindlich zu werden scheinen. Diese dauernde „Autoinfektion" von der Afterhaut aus mag übrigens dazu beitragen, daß die Strongyloidesinfektion meist viele Jahre lang anhält: bei einem meiner Fälle schon seit 26 Jahren, doch hält er bisher damit auch den „Weltrekord". Bei der kurzen, weniger als 18 Stunden beanspruchenden Entwicklungsdauer der Larven, genügt prophylaktisch übrigens das morgendliche Bad nicht; besser sind wegen der gewöhnlichen Defäkationszeiten abendliche Waschungen; Heliobrom mildert den Juckreiz, der besonders nachts sehr lästig wird.

Fälle von Hautüberempfindlichkeit, die auf die frühere Applikationsstelle der Noxe beschränkt ist, sind ja auch sonst beobachtet — z. B. gegen Berührung mit Meerschweinchenhaar, oder gegen Heufieberpatientenserum usw. —, so daß das geschilderte Verhalten der Haut bei Strongyloidesinfektion kein Novum darstellen würde.

Am interessantesten ist in dieser Hinsicht wohl das Verhalten der Haut gegenüber den Larven der afrikanischen Fliege Cordylobia anthropophaga, deren Larven sich bei Mensch und Tier in das Epithel einbohren und kleine Dasselbeulen bildend in der Haut heranreifen. BLACKLOCK & GORDON[1]) stellten in Meerschweinversuchen nämlich kürzlich fest, daß das Einbohren der Cordylobialarve ohne Hautreaktion erfolgt, daß eine solche aber dann eintritt, wenn die betreffende Hautstelle oder deren Nachbarschaft früher von einer Larve besiedelt gewesen war: also ein völliges Analogen zu dem Verhalten unserer Strongyloideslarven! Das interessanteste ist aber, daß in früher infizierte Hautstellen eindringende Cordylobialarven fast sämtlich innerhalb von 40 Stunden im Epithel absterben, daß also in diesem Falle die lokale Sensibilisierung der Haut mit einem lokalen Immunisierungsvorgang vergesellschaftet ist. Die anfänglich nur lokale Hautimmunität breitet sich aber immer weiter aus, so daß nach stärkeren Infektionen schließlich die Meerschweinchenhaut überhaupt zur Larvenentwicklung ungeeignet wird.

Die Immunität scheint im Epithel selbst zu entstehen und am Gewebe zu haften; nach einem Versuche der Autoren wurde sie durch Transplantation von Immunhaut auf ein normales Meerschwein nicht aufgehoben. Durch das Blut von Immuntieren ließ sie sich aber nicht

[1]) Ann. of Tropic. Med. a. Parasitol., 1927, Bd. 21, S. 181—224.

Digitized by Google

übertragen; auch war weder Komplementbindung noch Präzipitinreaktion vorhanden. Es läge also offenbar eine „lokale Gewebsimmunisierung" im Sinne von BESREDKA vor.

Ich weiß nicht, ob bei Milben, z. B. Krätze, Ähnliches beobachtet wird; beim Sandfloh, der ja auch meist innerhalb des Epithels ausreift, scheint es mir nicht der Fall zu sein.

Wennschon, wie oben erwähnt, mit einer „lokalen" Überempfindlichkeit der Haut — allerdings nicht des Epithels, sondern ihres Bindegewebes — auch bei Strongyloides zu rechnen ist, so liegen die Verhältnisse bei Wurminfektionen doch offenbar wesentlich anders als bei solchen mit der Cordylobialarve: denn es gibt Helminthen, die überhaupt keine mit der Haut in Kontakt kommende Entwicklungsstadien haben, und dennoch wird die Haut der Infizierten gegen deren Stoffwechselprodukte überempfindlich, was wohl nur auf dem Wege durch die Zirkulation vermittelt werden kann.

So beruht ja die bekannte „CASONI-Reaktion" darauf, daß bei mit Echinokokken der Leber oder irgend eines anderen Organs Infizierten auf intrakutane Einspritzung von Echinokokken-Blasen-Flüssigkeit eine charakteristische Überempfindlichkeitsreaktion eintritt; auch wiesen RANSOM[1]) für Askaristräger, GRÜBEL[2]) und SCHRÖPL[3]) für Oxyuristräger und vor kurzem FAIRLEY[4]) auch für Bilharziaträger mit den spezifischen Antigenen Hautreaktion nach.

Während die genannten Autoren wäßrige oder alkoholische Wurmextrakte in die Haut spritzten, brachte ich getrocknete und pulverisierte Wurmsubstanz — ich nenne sie im Gegensatz zu den Extrakten „Vollantigene" — in flache Impfschnitte: Schon nach wenigen Minuten entsteht dann auf empfänglicher Haut eine große juckende Quaddel[5]).

Als Ausgangspunkt diente mir Strongyloides: Auf ein Antigen aus pulverisierten Strongyloideslarven reagierte die Armhaut bei sämtlichen Strongyloidesträgern; das Larvenpulver kann sogar wirksamer sein als lebende in die Haut eindringende Larven, da letztere in einem auf das Antigen am Arme positiv reagierenden Falle auf der Unterarmhaut noch keine Quaddelgänge erzeugten (obschon wie gewöhnlich über den Glutäen von Zeit zu Zeit spontan Quaddeln auftraten). Auch bei Fällen von Infektion mit Askaris, Necator americanus und Echinokokkus ergab „Vollantigen" positive Resultate, und wahrscheinlich wird es auch zur Diagnose auf Trichinen und noch andere Würmer brauchbar sein; es muß aber noch geprüft werden, wie weit die Reaktionen wirklich spezifisch sind, worauf ich hier aber nicht näher eingehen kann. Um Eiweiß handelt es sich bei diesen Antigenen übrigens offenbar nicht.

Nur noch einige Worte über die praktische Verwendbarkeit dieser Reaktionen: Eine positive Hautreaktion auf ein spezifisch wirkendes Helminthen-Antigen wird erst einige Zeit nach der Infektion zustande kommen; bei noch frischen Fällen wird die Reaktion also

---

[1]) Journ. of Agricult. Res., Washington D.C., 10. Mai 1924, Bd. 28, Nr. 6, S. 577—582. — [2]) Derm. W., 4. Okt. 1924. — [3]) D. m. W., 3. Sept. 1926, S. 1508. — [4]) Medical Journ. of Australia, 10. Dez. 1927, S. 812—818. — [5]) FÜLLEBORN, Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, S. 721—732 u. 732—749.

Digitized by Google

fehlen können und bei manchen Individuen vielleicht überhaupt nicht zustande kommen. Der positive Ausfall beweist andererseits nicht, daß der betreffende Parasit auch zur Zeit noch im Körper vorhanden ist, sondern die einmal etablierte Hautüberempfindlichkeit scheint sehr lange bestehen zu bleiben. Besonders aus letzterem Grunde ist die Reaktion bei so häufigen Parasiten wie Askaris und Oxyuris, an denen schließlich jeder einmal gelitten hat, praktisch eigentlich wertlos. Bei Echinokokken, mit denen nur wenige Personen infiziert sind, ist die Kutanreaktion aber sehr brauchbar und an Sicherheit der Komplementbindung überlegen; freilich kommen sehr ausgesprochene Reaktionen gelegentlich auch bei Nichtinfizierten vor, und wie FAIRLEY[1]) erwähnt, ist sie vor allem dann nicht beweisend, wenn die Haut schon allein auf starkes Streichen mit Quaddelbildung reagiert, was ich bestätigen kann; auch bei gegen Strongyloides sensibilisierter Haut scheint „Pseudo-Reaktion" vorzukommen, was für viele, besonders exotische Gegenden wichtig ist.

Daß die Kutanreaktion zur Strongyloidesdiagnose recht brauchbar ist, wurde bereits erwähnt; FAIRLEY[1]) rühmt sie auch zur Erkennung der Bilharziose. Ein Antigen aus den leicht zu beschaffenden Gastrophiluslarven des Pferdemagens wird, wie ich vermute, die Diagnose zwischen der durch Gastrophiluslarven und der durch Nematodenlarven verursachten „Creeping Eruption" ermöglichen.

Bei der Urtikariabereitschaft der Helminthenträgerhaut ist es verständlich, daß bei zahlreichen Wurmerkrankungen gelegentlich auch spontan Urtikaria und andere vasomotorische Hautstörungen auftreten können, die wegen Fortfalles der Antigenlieferanten nach der Wurmabtreibung aufhören, wie das mehrfach in der Literatur berichtet ist.

Klar ist der Zusammenhang zwischen Urtikaria und der Resorption des Inhaltes verletzter Leber-Echinokokken. Auf prinzipiell die gleiche Weise kommt fieberhafte Urtikaria — mit Erythemen, gelegentliches Asthma und anderen an einen „anaphylaktischen Chok" erinnernden Symptomen — zustande, wenn der Guineawurm nach einjährigem Aufenthalte im Körper sich anschickt, die Haut zu durchbrechen; denn wie schon erwähnt, entleert der Wurm dann zur Nekrotisierung der Durchbruchsstelle aufgespeicherte Giftsubstanzen, und daher führt auch ein Anschneiden der reifen Würmer vor erfolgtem Durchbruch zu denselben Reaktionen; es ist übrigens recht interessant, daß diese Symptome, wie FAIRLEY[2]) feststellte, auf Adrenalineinspritzung sofort verschwinden.

Auch das mit dem Heranwachsen der Bilharziawürmer in der Leber auftretende schon erwähnte Urtikaria-Fieber wird offenbar durch deren Sekrete ausgelöst. Ebenso dürften die an „Quinckesches Ödem" erinnernden Kalabarschwellungen bei der Infektion mit Filaria loa durch die — vielleicht periodisch erfolgende — Entleerung ihres Sekretionssystems entstehen.

---

[1]) Medical Journ. of Australia, 10. Dez. 1927, S. 812—818. — [2]) Ind. Journ. Med. Res., Oktober 1924.

Digitized by Google

Der im Bindegewebe lebende Loawurm interessiert uns klinisch auch deshalb, weil er sich bei seinem Herumwandern unter der Haut durch stechende und juckende Sensationen bei „alten Westafrikanern" oft sehr unangenehm bemerkbar macht. Deutlich zu sehen bekommen wir den Wurm freilich nur, wenn er unter der Konjunktiva erscheint.

Auch Bandwurmfinnen kommen bekanntlich gelegentlich im Unterhautbindegewebe des Menschen vor. Am häufigsten — bei uns jetzt allerdings recht selten — die normal im Schweinefleisch ausreifende Finne von Taenia solium; ganz ausnahmsweise trifft man auch Echinokokken in der Haut.

Fast nur in Ostasien, besonders in Anam, findet sich die bandartige Finne von Dibothriocephalus mansoni unter der Haut; sie verursacht meist nur etwa bohnengroße, mit dem Weiterkriechen der Parasiten oft ihren Sitz wechselnde Hautschwellungen, die die Augengegend bevorzugen.

Eine andere exotische, anscheinend zum Glück recht selten in den Menschen geratende Bothriozephalusfinne ist Sparganum prolifer. Wie alle Körperorgane, befällt der Parasit auch die Haut, wo er in akneartigen Knötchen steckt, oder durch seine Anhäufung zu elephantiasisartigen Hautverdickungen führt. Denn durch Abschnürung vermehrt sich diese Finne unbegrenzt, verschont selbst das Gehirn nicht und kann daher zum Tode führen; eine Therapie gegen das unheimliche Leiden ist nicht bekannt.

Trematoden können sich ebenfalls in die Haut verirren. So hat man den gemeinen Leberegel Fasciola hepatica — meist nur einen Parasiten unserer Schafe und Rinder — bereits öfter in kleinen Abszessen der Menschenhaut gefunden, wohin er offenbar mit der Blutzirkulation geraten war. Der ostasiatische Lungenegel macht gelegentlich ebenfalls solche Abszesse. Die durch Bilharziose verursachten Hautveränderungen wurden schon erwähnt.

Zum Schlusse noch einige Worte über die Beziehungen der Haut zu den Filarien, von denen bisher nur der Medinawurm und die Filaria loa besprochen wurden.

Im tropischen Westafrika findet man bei Eingeborenen stellenweise ganz überaus häufig fibromartige Knoten unter der Haut; ganz ähnlich wie der meist auf Framboësie bezogene „Tumor juxta-articularis" der Tropen bevorzugen sie die Gelenkgegenden oder andere Stellen, wo die Haut dem Knochen dicht aufliegt, z. B. die Rippen. Sie enthalten im Bindegewebe steckende, lange, dünne Würmer: die zu den Filarien gehörige Onchocerca volvulus. Ihre Mikrofilarienbrut gelangt nur selten ins Blut, sammelt sich aber geradezu massenhaft im Unterhautbindegewebe an. Man hat diese Mikrofilarien, besonders von französischer Seite, mit einer ganzen Serie von Hauterkrankungen in Verbindung bringen wollen, z. B. mit der sogenannten „Lichenifikation" der Negerhaut, vor allem aber mit der als „Craw-Craw" bekannten juckenden Hauterkrankung der westafrikanischen Neger: anscheinend verursachen diese Mikrofilarien aber überhaupt keine klinischen Hautveränderungen[1]).

[1]) Nähere Angaben bringt die demnächst in der neuen Auflage des „Handbuchs der pathogenen Mikroorganismen" von KOLLE und WASSERMANN erscheinende Zusammenstellung von FÜLLEBORN über „Filariosen des Menschen".

Digitized by Google

Auch die morphologisch identische — im Gegensatz zur afrikanischen Form aber fast nur auf dem Schädeldach vorkommende — Onchocerca caecutiens Zentralamerikas soll Hautveränderungen verursachen, nämlich eine erysipelartige, grünliche Hautverfärbung zurücklassende Erkrankung. Den Namen „caecutiens" hat der Parasit deshalb erhalten, weil er zu schweren Sehstörungen führen soll, die nach der Knoten-Exzision schnell heilen[1]).

Daß Onchocerca volvulus Elephantiasis verursachen kann, wurde ebenfalls behauptet: vor allem ist letztere aber durch Sir PATRIK MANSON und seine Schule bekanntlich als eine Folge der Infektion mit Filaria bancrofti aufgefaßt worden, was von anderer Seite freilich lebhaft bestritten wurde. Nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse ist es aber kaum zweifelhaft, daß zwar Beziehungen zwischen der Bancroftinfektion und der Elephantiasis bestehen, daß diese aber nur indirekter Art sind: denn die in den Lymphgefäßen und Lymphdrüsen lebenden und diese schädigenden erwachsenen Bancroftiwürmer führen zu Lymphstase: Lymphstasen allerverschiedenster Ätiologie begünstigen aber offenbar eine besondere Form von Kokkeninvasion des Unterhautbindegewebes, die zu häufig rezidiverenden fieberhaften Lymphangitiden und erysipelartigen Prozessen führt und unter deren Einwirkung das Unterhautbindegewebe sich mit den Jahren immer mehr verdickt. Das Wesentliche wäre also nicht die Filarie, sondern die Kokkeninvasion. Ebenso wie es bei uns eine „Elephantiasis nostras" ohne Bancrofti gibt, wird letzteres übrigens fraglos auch bei der Elephantiasis der Tropen sehr oft der Fall sein, so daß es gar nicht zu verwundern ist, daß die Häufigkeit der Elephantiasis einerseits und der Bancroftiinfektion andererseits einander in den Tropen durchaus nicht überall entsprechen.

Jedenfalls hat ROSE in Britsch-Guyana auch bei der Elephantiasis der Bancroftiträger nicht nur fast regelmäßig Kokken aus dem Gewebe isolieren können, sondern durch eine daraus bereitete Vakzine die Anfälle mildern und — was praktisch wichtiger ist — ihnen, und damit der Ausbildung von Elephantiasis, auch vorbeugen können; gewöhnlich benutzt man jetzt polyvalente, am besten „entgiftete" Streptokokken- oder Staphylokokkenvakzine[2]), die wohl auch bei unserer heimischen Elephantiasis indiziert sein würde.

Zum Schlusse sei bemerkt, daß das vorliegende Referat nur einen Überblick über das Thema „Haut und Helminthen" bringen soll und keineswegs auf Vollständigkeit Anspruch erheben kann.

Herr **MARTIN MAYER**-Hamburg: **Über tropische Hautkrankheiten.**

Vortragender bespricht, einem Wunsche der Herren Einführenden entsprechend, an Hand des reichhaltigen Materials von Lichtbildern und Präparaten des Tropeninstituts eine Reihe exotischer Erkrankungen der Haut- und Schleimhäute.

---

[1]) Weiteres siehe FÜLLEBORN, Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, S. 189—195. — [2]) Siehe ANDERSON and others, Filariasis in British Guyana. A Report of the Filariasis Comm. 1921. London School of Trop. Med. Res. Mem., Series 1924, Bd. 5, Mem. 7.

Digitized by Google

Von Framboesia tropica werden außer typischen Bildern verschiedener Stadien, insbesondere solche von Spätformen gezeigt und besprochen. Hierher gehören Gelenkerkrankungen der Mittelhand- und Fingergelenke, torpide Geschwüre, Veränderungen der Fußsohlen und Handflächen, ferner die früher als Pilzerkrankung angesehene Nodositas juxta-articularis, die durch den Nachweis von Spirochäten in Schnitten als Spätformen von Framboësie (und zum Teil von Syphilis) sichergestellt sind. Ferner gehören hierher die meisten der als Gangosa bezeichneten Fälle, einer zu weitgehenden Zerstörungen führenden Erkrankung des Rachens und der Nasenhöhle. Auch die Gundu, eine besonders in Westafrika häufig vom Nasenbein ausgehende Tumorbildung, die eine ossifizierende Periostitis ist, wird neuerdings zur Framboësie gestellt, obwohl ein sicherer Beweis in jenen framboësieverseuchten Ländern schwer zu liefern ist.

Das venerische Granulom, verursacht durch eigenartige Kapselbazillen (Calymmatobacterium granulomatis), hat in seiner Verbreitung stark zugenommen bzw. ist diese erst jetzt richtig, insbesondere in Nordamerika, erkannt worden. THIERFELDER konnte es in Neu-Guinea auf Grund von über 5000 Fällen genau erforschen und auch primäre extragenitale Affektionen sowie Metastasen innerer Organe beobachten.

Anschließend werden Dermatomykosen, Dermatitis verrucosa und „Mossy foot" des tropischen Amerika besprochen.

Von Krankheiten mit Protozoenätiologie sind die Haut- und Schleimhautleishmaniosen in den Tropen weit verbreitet; aber auch bei der inneren Leishmaniose (Kála-Azar) sind neuerdings als „Haut-Leishmanoide" beschriebene allgemeine Hauteruptionen mit Parasitenbefund beobachtet, die zum Teil eine Folge vorhergehender Antimonbehandlung zu sein scheinen. Es wird hier vor allem die vom Vortragenden gemeinsam mit RAY festgestellte, diagnostisch wichtige Verschiedenheit des Wachstums der einzelnen Leishmaniaarten in Plattenkulturen demonstriert.

Eine in Indien und Argentinien zu Nasenpolypen führende und vielleicht nicht genügend beachtete Krankheit ist die „Rhinosporidiose". Die Erreger liegen in Kapseln und bilden Sporen, sie sind wahrscheinlich pflanzlicher Natur. Bilder neuer Fälle von Mensch und Pferden aus Argentinien zeigen den Bau der Erreger.

Bei der Verruga peruviana, einer eigenartigen Erkrankung Perus, konnte Vortragender, gemeinsam mit ROCHA-LIMA und WERNER, 1914 Einschlüsse in den Tumoren darstellen, die sich nur nach GIEMSA und LEVADITI färben und die sie für die Erreger hielten. Neuerdings konnte Vortragender dies mit KIKUTH bei einem in Hamburg beobachteten Fall in zahlreichen Affenpassagen bestätigen. Sie konnten dabei den Beweis liefern, daß das sogenannte Oroyafieber, eine schwere Anämie, ätiologisch mit Verruga einheitlich ist, indem bei einer Anzahl ihrer Affen jene Anämie mit Massen der Erreger (Bartonella bacilliformis) auftrat. Unabhängig von ihnen hat Noguchi ungefähr gleichzeitig durch Kultur der Erreger und Infektion von Affen diesen Beweis geliefert. Diese Erregergruppe der Bartonellen spielt für Anämien eine große Rolle, wie die Entdeckung des Erregers einer ubiquitären Rattenanämie (Bartonella

Digitized by Google

muris) durch Vortragenden bewies, der gemeinsam mit BORCHARDT und KIKUTH deren spezifische Heilbarkeit durch Salvarsan fand, wodurch diesem souveränen Heilmittel neue Bahnen eröffnet werden, vor allem auch für die verheerend wirkende Verruga peruviana und das Oroyafieber.

Herr **E. HOFFMANN**-Bonn: **Demonstration von Präparaten eines durch Onchocerca volvulus verursachten Wurmtumors eines Kamerunnegers.**

Im Jahre 1902 übergab mir Prof. PLEHN einen aus der Schulterblattgegend eines Negers stammenden Tumor von einer lepraähnlichen, im Kamerungebiet auftretenden Krankheit. Die haselnußgroße, in Alkohol gehärtete fibromartige Geschwulst untersuchte ich im Mai 1902 und konnte sie als Filarientumor mit weiblichen und männlichen Wurmexemplaren erkennen. Präparate und Abbildungen wurden von mir auf dem internationalen Dermatologenkongreß in Berlin 1904 gezeigt. Im Jahre 1909 veröffentlichte ich mit HALBERSTÄDTER in Band 196 des Virchowschen Archivs eine genauere Darstellung, nachdem Prof. FÜLLEBORN uns erklärt hatte, daß es sich um Filaria volvulus handeln müsse. In dieser Arbeit stellten wir fest, daß neben den erwachsenen weiblichen und männlichen Würmern und zahlreichen Mikrofilarien, die zum Teil auch im Papillarkörper in Lymphspalten lagen, jüngere Würmer in der Umgebung des Tumors kleine appositionelle Knötchen bilden. Inzwischen ist die Filaria volvulus als Onchocerca volvulus bezeichnet worden, und auf Grund zahlreicher Arbeiten hat sich eine größere Literatur über diesen Gegenstand entwickelt. Auch gewisse Hautveränderungen, vor allem die sogenannte Filarienkrätze (Prurigo onchocercosa) und Hautverdickungen mit chagriniertem Aussehen und Hautverfärbungen sind mit der Onchocercosis von französischen Autoren (MONTPELLIER und LACROIX) in Verbindung gebracht worden. Von sonstigen Autoren haben besonders FÜLLEBORN, RODENWALD, BRUMPT, OUZILLEAU, BLACKLOCK[1]) u. a. diese Affektionen genau studiert. Merwürdigerweise ist unsere Arbeit aus dem Jahre 1909 dabei auch in den deutschen und französischen Handbucharbeiten ganz vergessen worden. Die Photogramme, die ich Ihnen zeigen kann, geben ihnen ein gutes Bild von den Veränderungen dieser für uns Dermatologen interessanten Affektion. Es handelt sich dabei um subkutane, bis zur Kutis reichende derbe, kleine bis gut taubeneigroße Tumoren, die unter der Haut verschieblich sind, langsam wachsen, sehr lange bestehen, ohne aufzubrechen und gewöhnlich keine Beschwerden machen. Die dicke, fibröse Kapsel ist bei den älteren Knoten sehr derb; neben großen Mastzellen sind reichlich Eosinophile, spärlich Plasmazellen vorhanden. Der graugelbliche Inhalt des Tumors besteht aus unzähligen Durchschnitten von weiblichen Würmern, die Eier[2]) und Embryonen in 2 Genitalschläuchen in ungeheurer Menge enthalten. Daneben finden

[1]) Dieser Autor hat auch die Wanderung der Larven im Körper blutsaugender Insekten (Simulium damnosum) in die Thoraxmuskulatur usw. verfolgt und Affenversuche angestellt, ohne in 2 Monaten Wurmknoten zu erhalten (Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh., 21, 860, und 23, 805). — [2]) Auch eine Rhochis, rosettenartig gruppierte Eizellen, haben wir gefunden und in der zitierten Arbeit abgebildet.

Digitized by Google

sich zahlreiche Mikrofilarien, die im Gegensatz zu anderen Arten keine Hülle besitzen, und nekrotische Massen, die zum Teil Gewebstrümmer, zum Teil tote Würmer darzustellen scheinen und von vielen LANGHANSschen Riesenzellen umlagert und verzehrt werden. Neben den weiblichen, bedeutend größeren Wurmdurchschnitten finden sich, ihnen zum Teil dicht angelagert, solche von männlichen Würmern, deren einfacher Genitalschlauch Spermien enthält, so daß in unserem Falle wohl ein nach der Kopulation noch dicht beieinander liegendes Paar mehrfach getroffen sein dürfte. Die männlichen Würmer sind viel kleiner, etwa 3 cm lang, und in stark durch Alkohol geschrumpften Zustand 0,13 mm dick, die Weibchen dagegen 30 und mehr Zentimeter lang und bis zu 0,25 bis 0,26 mm dick. Charakteristisch sind bei ihnen besonders tonnenreifenartige Verdickungen der Kutikula, die bei Elastikafärbung deutlich hervortreten und die ich auch im Mikrophotogramm zeigen kann. Besonders interessant ist die Wanderung der Mikrofilarien, die ich nun auch in ganz gestreckter Form in der dicken Kapsel des Tumors, der Richtung der derben Bindegewebsfasern angeschmiegt gefunden habe. In Lymphgefäßen habe ich in tiefen Hautschichten und auch dicht unter der Epidermis Mikrofilarien öfters, in Blutgefäßen nicht nachweisen können. Dem großen alten Wurmknoten liegen noch nicht umkapselte jüngere an, die ich ihnen ebenfalls in unseren Schnitten zeigen kann. Über die Filarienkrätze, welche einen Teil der unter dem Namen „Craw-Craw" beschriebenen prurigoartigen häufigen Erkrankung im westlichen Afrika bilden soll, findet sich in der neuesten Auflage von DARIER[1]) und BRUMPT[2]) eine kurze Schilderung. Von mir neuerdings noch einmal angefertigte Schnitte zeigen alle diese Verhältnisse noch deutlicher als die alten, die außer Mikrofilarien in der derben Kapsel alles Wesentliche schon aufwiesen. Ich selbst habe früher männliche und weibliche Pferdefilarien, die ich von Prof. OSTERTAG erhalten hatte, zum Vergleich in Serien studiert, um danach die recht schwierige Diagnose weiblicher und männlicher Wurmdurchschnitte machen zu können. In der Praxis werden die Mikrofilarien zum Teil durch Punktion der Hautknoten, zum Teil durch Punktion der Lymphdrüsen, am besten aber durch Exzision eines Hautstückchens und Einlegung in physiologische Kochsalzlösung mit nachfolgender Zentrifugierung der zahlreich ausgewanderten Larven nachgewiesen. In der mir zugängigen deutschen, englischen, französischen und spanischen Literatur sind diese Verhältnisse inzwischen auch von anderer Seite geschildert worden, doch habe ich Angaben über das Absterben der Würmer und ihre Verzehrung durch LANGHANSsche Riesenzellen und so schöne Bilder von Mikrofilarien in Lymphgefäßen und in der bindegewebigen Kapsel nicht finden können[3]). Meinen Freund FÜLLEBORN möchte ich bitten, dafür zu sorgen, daß unsere so frühe Feststellung dieser Verhältnisse (1902, bekanntgegeben 1904 und 1909) auch in der einschlägigen Literatur künftig Berücksichtigung findet, zumal er selbst HALBERSTÄDTER und mir ja damals mit

[1]) DARIER, Précis de Dermatologie. Paris 1928. — [2]) BRUMPT, Précis de Parasitologie. Paris 1927. — [3]) Daß der Befund wandernder Mikrofilarien für die Übertragung durch blutsaugende Insekten (Simulien) von Bedeutung ist, haben wir 1909 bereits angegeben.

Digitized by Google

seinem Rat in dankenswerter Weise bezüglich der Deutung der Wurmspezies zur Seite gestanden hat.

Herr **H. VOGEL**-Hamburg: **Chylozele und Periorchitis durch Filaria Bancrofti.**

Erkrankungen durch Filaria bancrofti sind als ausschließlich in den Tropen erworbene Leiden in Deutschland recht selten. Daß sie aber auch bei uns, zumal in Hamburg, bei der Differentialdiagnose venerisch-urologischer Krankheiten, berücksichtigt werden müssen, zeigt folgender Fall:

Ein junger Neger aus Liberia klagte über eine Vergrößerung des linken Hodens, die sich im Laufe von 1—2 Jahren ganz allmählich ohne Fieber und Schmerzerscheinungen entwickelt hatte und keine nennenswerten Beschwerden verursachte. Nachdem die Erkrankung zunächst als „venerische" angesprochen worden war, fand Herr Prof. DELBANCO beim Punktieren der Tunica vaginalis eine milchige, chylöse Flüssigkeit, in der Herr Prof. MÜHLENS Mikrofilarien nachweisen konnte. Irgend welche anderen Krankheitssymptome außer der Hodenaffektion fanden sich nicht. Auch das Blut des Patienten enthielt Mikrofilarien, und zwar nur das Nachtblut, wie es für die Bancroftiinvasion typisch ist. Der erkrankte Hoden wurde dann exstirpiert und mir zur näheren Untersuchung zur Verfügung gestellt.

Im Samenstrang verlaufen dicke geschlängelte Lymphvarizen, die keine erwachsenen Filarien enthalten, hingegen fand sich in einem kleinen Lymphgefäß der Hydrozelenwand ein ganzer Knäuel von diesen noch lebhaft beweglichen Parasiten, bestehend aus zwei Männchen und zwei Weibchen. Die Tunica vaginalis enthielt 40 ccm einer fettreichen chylösen Flüssigkeit. Die Hydrozelenwand war durch Bindegewebsvermehrung verdickt und auf der Innenfläche mit trabekelartigen Schwielen bedeckt. Hoden- und Nebenhodenparenchym intakt.

Das Vorkommen von Chylus in der Tunica vaginalis dürfte durch eine Miterkrankung des Ductus thoracicus und durch eine Rückstauung seines chylösen Inhaltes in die Lymphgebiete des Beckens und der Genitalien zu erklären sein. Bezüglich der Entstehung der Periorchitis kann man im Zweifel sein, ob es sich hier um die Reizwirkungen der Filarien selbst oder um die Folgen einer überstandenen bakteriellen Sekundärinfektion handelt, die ja sehr häufig auf der Basis einer Bancroftischädigung zustande kommt. Es müßte dann allerdings eine ausnehmend milde Infektion vorgelegen haben, da Fieber und Schmerzen in der Krankengeschichte völlig fehlen. Zur Zeit der Operation war die Chylozelenflüssigkeit übrigens steril.

(Anschließend Film: Erwachsene Filaria Bancrofti.)

HOFFMANN-Bonn dankt den Vortragenden und erinnert an die großen Verdienste früher hier wirkender Forscher, SCHAUDINN u. PROVAZEK, um die Dermato-Venereologie.

Sitzung Donnerstag, den 20. September 1928, 9 Uhr

Ehrenvorsitz: Herren KERL, ARZT, RILLE, SCHOLTZ

Demonstration von Krankheitsfällen

BRUCK-Altona: **Sarcoma idiopathicum Kaposi.** St., 66 Jahre. Anamnese ohne Besonderheiten. 17 normale Geburten. Nie ernstlich krank gewesen, nur Oktober 1927 schwere Grippe.

Digitized by Google

Seit 7 Jahren geschwollene Füße, gleichzeitig Auftreten blauroter Flecken und Knoten von Linsen- bis Markstückgröße am linken Unterschenkel und rechten Fuß, später auch an beiden Oberschenkeln. Keine subjektiven Beschwerden. Erst seit einigen Wochen Schmerzen in den Füßen.

Innere Organe, Nervensystem o. B. Syphilisreaktionen sämtlich negativ, ebenso Pirquet und Ponndorf.

Histologisch: Wenig charakteristisches perivaskuläres Granulationsgewebe in der Kutis, das teilweise Spindelzellengewebe Platz gemacht hat. Gefäßerweiterungen und -neubildungen, Pigmentanhäufungen. Lymphstauung. Wucheratrophie des Fettgewebes.

Es handelt sich vielleicht um eine der seltenen chronischen Formen mit relativ benignem Verlauf.

Lilienstein-Hamburg: 1. **Onycholysis partialis** einer 40jähr. Frau. Intermittierendes Auftreten seit 16 Jahren. Befallen sind die Nägel des 3. und 4. Fingers beiderseits. Zusammenhang mit endokrinen Störungen nicht nachweisbar.

2. **Lichen ruber planus et vesiculosus generalisatus.**

3. **Phlebitis syphilitica der Vena dorsalis penis** mit konsekutiver Elephantiasis penis und Oedema praeputii. 1916 „Bubo", im Anschluß daran 6 „intramuskuläre Spritzen". Ende Mai a. c. ziemlich schnell auftretende Schwellung des Penis und Skrotums, kein Fieber, keine Schmerzen. Penis posthornförmig geschwollen, Umfang 16 cm, Länge von der Radix bis zum Orific. urethrae 20 cm. Bleistiftdicker Strang am Dorsum penis, mit der Haut verlötet, Haut nicht gerötet, Drüsen nicht geschwollen. WR ++. Unter spezifischer Kur sofortige Rückbildung bis auf ein noch bestehendes Oedema praeputii.

Aussprache: Frei-Breslau glaubt, daß zwischen den ödematös-elephantiastischen Veränderungen des Penis und Skrotums und dem früheren Bild Zusammenhänge bestehen könnten, auch wenn der Bubo schon sehr lange zurücklag, als die Erscheinungen auftraten. Besonders weist darauf die Tatsache hin, daß auch Rektalprozesse vorhanden zu sein scheinen (Stuhlgang früher normal dick; jetzt nur fingerdick). Die Affektion ist beim Manne besonders selten; sie stellt nach Befunden von Frei und Koppel hauptsächlich eine Folgeerscheinung der Lymphogranulomatosis ing. dar, und Frei bittet daher Herrn Lilienstein, bei dem Pat. die L.-i.-Reaktion anzustellen.

Arzt-Wien: Die Freische Reaktion ist von prinzipieller Bedeutung. Mit Hilfe der Reaktion wird es möglich sein, vielleicht unklare Fälle zu klären. Die Frage der Ätiologie scheint durch die Arbeit Musyn (Festschrift für Maresch in Zieglers Beiträgen) geklärt zu werden.

Lilienstein-Hamburg: Einen Zusammenhang mit der früher durchgemachten Bubonenerkrankung möchte ich ablehnen, da die spezifische Therapie in kurzer Zeit zu einem vollkommenen Erfolg geführt hat.

Brann-Altona: **Sklerodermia circumscripta.** — 13jähr. Mädchen. An der Außenseite des linken Oberarmes, im oberen Drittel, ist die Haut in einem zweimarkstückgroßen Bezirk verdickt und verhärtet, gelblich verfärbt, glänzend. An der Peripherie typischer Lilacring. — Beide Unterschenkel zeigen das Krankheitsbild der Acrocyanosis cutis puellarum. — Pat. leidet außerdem an Tbc. pulmonum sowie an Dysmenorrhoe. — Als Ursache für die Entstehung der Sklerodermie wird eine innersekretorische Störung angenommen. Ob in diesem Falle die Ovarien besonders daran beteiligt sind, ließ sich mittels der Abderhaldenschen Reaktion (aus äußeren Gründen) nicht feststellen.

Therapie: Wechselbäder, Massage, 3%ige Pepsinsalbe. Außerdem 2mal tgl. 1 Ovarialtablette.

Delbanco-Hamburg: 39jähr. Pat. mit typischer **Fox-Fordycescher Krankheit.** (Als erste deutsche Beobachtung in der Riehl-Festnummer der W. m. W., 1925, Nr. 6 mitgeteilt.)

Delbanco: 60jähr. Mann mit **Ulcera hypergica** der l. Ohrmuschel und angrenzender Gesichtshaut. Das neugeprägte Krankheitsbild wird in dieser Wochenschrift noch eingehend beschrieben. Vgl. diesen Fall in dieser Wochenschr., 1924, Bd. 78, S. 589. Inzwischen auch rechter Arm amputiert. Bis auf den Knochen gehende Geschwüre, deren Pathogenese histologisch und experimentell nicht geklärt ist. Nie Lues. Keinerlei Heilungstendenz. Rechter Fuß 1922 abgesetzt. Affektion in Brasilien

Digitized by Google

1911 akquiriert. Demonstration des amputierten Armes und der histologischen Schnitte.

DELBANCO: **Rattenlepraschnitte** und **Impfmaterialpräparate.** Enorme Zahl der säurefesten und der Säurefestigkeit verlustig gegangenen Stäbchen.

DELBANCO: 65jähr. Frau geheilt durch Röntgen von ihrem **chronischen harten Ödem** der l. Wange (vgl. Photographie). Als Casus pro diagnosi am 26. II. 1928 in der Dermat. Ges. von Hamburg-Altona vorgestellt. (Diese Wschr., 1928, Nr. 36, S. 1248.) Nie Erysipel.

DELBANCO: 22jähr. Mädchen mit umschriebenen Herden (z. T. tiefe erbsengroße Einziehungen oder auch Vorstülpungen der Haut) einer **Aplasia cutis** des Gesichts. Es handelt sich um tief bis in das Unterhautzellfettgewebe greifende Atrophien der Kutis. D. übernimmt von PULVERMACHER die Bezeichnung Aplasia. Sicher degenerative Familie (vgl. diese Wochenschr., 1923, Nr. 76, S. 511).

Aussprache: PHILIPPSON-Hamburg möchte den Fall als Diathese auffassen. So wie es Fälle gibt (Neger), die auf Verletzungen mit Keloiden antworten, so dürfte hier eine Disposition vorliegen, auf Verletzungen irgend welcher Art mit atrophischen Narben zu reagieren. Die ersten Stellen sollen um die Augen im 3. Lebensjahr entstanden sein. Spätere weiche Narben am Arm, die zur Anetodermie neigen, sowie die weiche Exzisionsnarbe scheinen die Annahme zu stützen.

JADASSOHN-Breslau möchte den Fall von den Anetodermien absondern; derartige wirklich narbige Veränderungen, wie es scheint, auf kongenitaler Grundlage, sind sehr selten. Es handelt sich bei ihnen um eine spezielle Atrophie des elastischen Gewebes.

DELBANCO-Hamburg möchte eine über die Kutis in das Unterhautzellgewebe hinausgreifende umschriebene Atrophie des Bindegewebes annehmen. Der einmal bestehende Verdacht auf RECKLINGHAUSENsche Krankheit in Anbetracht der leicht hervorragenden weichen Stellen wurde fallengelassen.

DELBANCO: 34jähr. Frau mit grotesker **Akrodermatitis atrophicans** der Beine.

DELBANCO: 26jähr. Frau mit ausgebreitetem **Xanthoma glycaemicum.** Cholesterinspiegel des Blutes (Prof. BORNSTEINS Institut) 0,96. Normaler Wert 0,1. Blutzucker nüchtern 0,16. Schon Rückgang der ursprünglich sehr juckenden Affektion unter Diät, seit 1/4 Jahr. Bislang kein Insulin.

Aussprache: URBACH-Wien fragt, ob sich unter Insulinbehandlung das Xanthom lokal besserte.

DELBANCO: Insulin wurde mit Rücksicht auf den Kongreß noch nicht angewandt.

DELBANCO: **Schnitte von Angiolupoid.** BROCQ-PAUTRIER (vgl. Med. Welt, 1928, Nr. 37, Kongreß).

Universitäts-Hautklinik Hamburg

HABERMANN: **Boecksche Sarkoide mit follikulären Hyperkeratosen und paronychieartiger Lokalisation** an den Nagelphalangen (vgl. ausführliche Mitteilung in der Derm. W., 1928, Nr. 37).

Aussprache: JADASSOHN-Breslau: **Hinweis auf die Bedeutung der Lokalisation an den „Acra“,** speziell für die Frühdiagnose und auf Beobachtungen von MARTENSTEIN. Bitte um Übersendung von Serum zur Prokutin- und Antikutinuntersuchung, speziell bei Sarkoid und Granuloma annulare. Daneben immer Lungen-, Knochen- usw. Untersuchung erforderlich.

URBACH-Wien: 2 Fälle von Sarkoid Darier-Roussy zeigten eine bedeutend stärkere Lokalreaktion auf Geflügeltuberkulin (intrakutan 1: 50 000) als auf humanes Tuberkulin, der eine auch einen Rückgang der Erscheinungen. Kulturen noch ausständig.

HABERMANN: **Glossitis rhombica mediana.** 50jähr. Frau hat seit 6 Jahren Jucken und Schmerzhaftigkeit der Zunge bemerkt. Keine Anzeichen für Syphilis. Mittlerer Bezirk des Zungenrückens tief infiltriert, gefurcht, teils etwas erodiert, teils grauweißlich belegt. Randpartien ringsherum normal erhalten, nie Geschwürsbildung beobachtet. Schleimhaut des harten Gaumens zum Teil fleckig gerötet mit unregelmäßigen Epitheltrübungen. WR —. Probatorische antiluetische Kur mit Salvarsan und Wismut ohne jeden Einfluß.

Aussprache: FREI-Breslau fragt an, ob der Versammlung Fälle folgender Art bekannt sind, die rein morphologisch eine oberflächliche Ähnlichkeit mit

Digitized by Google

dem vorgestellten haben: Gleichzeitiges Auftreten einer Gruppe papulöser Effloreszenzen am Zungenrücken, die recht stabil aussehen, am ehesten nach einer papulösen Lues aussehen und nach 10—14 Tagen wieder vollständig verschwunden sind. FREI, der 2 solche Fälle beobachtet hat, hat in einem derselben Herpesvirus an der Kaninchenkornea festgestellt, das sich in Passagen fortpflanzen ließ, sowie Immunität gegenüber typischem Virus hinterließ und nach Abheilung der Affektion nicht mehr auf der Zunge nachzuweisen war. FREI glaubt daher, daß es sich bei den Fällen um einen Herpes vulgaris in besonderer Standortsvarietät handelt. Bei normaler Mundschleimhaut hat FREI in 3 oder 4 Fällen ein Virus durch Abkratzen erhalten, das Keratitis machte, sich nicht weiterimpfen ließ und keine Immunität gegen sicheren Herpes hinterließ.

ULLMANN-Wien: Es besteht neben den narbigen rhomboidalen Plaques noch deutlich eine Lingua scrotalis, also das bekannte, so häufige Krankheitsbild auf dispositioneller Basis und hereditärer Anlage. Beziehungen zur Herpesinfektion wären besonders interessant, wenn sie noch in einem anderen Falle oder öfter überhaupt in Betracht kämen. Das rhomboidale narbige Feld kann durch den Druck des Gaumengewölbes auf die Lingua scrotalis erklärt werden.

GOTTRON-Berlin: Zu der von Herrn FREI erwähnten akut papulösen Glossitis möchte ich darauf hinweisen, daß das Erscheinungsbild der akzidentellen Vakzine gelegentlich einmal auf der Zunge akut-papulös sein kann. Einen entsprechenden Fall, bei dem die Großmutter das frisch geimpfte Kind geküßt hatte, konnte ich einmal beobachten. Auch das umstrittene MÖLLERsche Krankheitsbild der akuten papulösen Glossitis ist meines Erachtens hier einzureihen. Sieht man die Krankengeschichte jenes Falles durch, so findet man, daß die Erkrankung zur Impfzeit aufgetreten ist und daß die Kranke ein impfpflichtiges Kind hatte.

FREI-Breslau erwidert Herrn GOTTRON, daß der eine der beiden Fälle zu einer Jahreszeit vorgefallen war, zu der keine Impftermine stattfanden und daß er auch nicht vom Lande stammte (originäre Kuhpocken). Außerdem weist er auf die Immunität gegenüber Herpesnachimpfung hin (gekreuzte Immunität?).

E. HOFFMANN-Bonn macht auf eine jetzt erscheinende Arbeit in der Derm. Zschr. aufmerksam, die die Fälle von Glossitis Rhombica gesammelt bringt; hier sind auch die papillären Exkreszenzen, die in HABERMANNs Fall bestehen, beschrieben.

HABERMANN (Schlußwort): Ein Zusammenhang der geringgradigen Andeutung von banaler Lingua plicata im vorderen Teil der Zunge und den Randpartien mit den geschilderten tiefgreifenden Veränderungen in der Zungenmitte ist wohl nicht anzunehmen. Da Ulzerationen niemals bestanden haben und das Bild auch sonst nie an Herpes erinnerte, kommt eine herpetische Ätiologie wohl ebensowenig in Frage wie Vakzineinfektion.

HABERMANN: **Lichtdermatose. Neue Form von Ulerythem?** (DELBANCO und UNNA). Bei 16jähr. Mädchen sind im 8. Lebensjahre im Anschluß an starke Sonnenverbrennung im Seebad ausgedehnte Rötungen von wechselnder Intensität zurückgeblieben. Im Sommer stärker, desgleichen nach Höhensonnenbestrahlung. Gesicht, Hals, Nacken, Brustausschnitt, Unterarme, Hände befallen. Haut überall deutlich verdünnt, atrophisch, mit zahlreichen Teleangiektasien, vergröberter Zeichnung, diffuse Abgrenzung der Veränderungen, keine Hämatoporphyrinvermehrung nachweisbar.

Histologisch: Hyperkeratose, Quellung der Kollagenfasern, ausgedehnter Elastinschwund, Hyalinisierung der Gefäßwandungen, deren Lumina erweitert sind. Fleckförmige Infiltrate der Papillarschicht.

Aussprache: HOFFMANN-Bonn hält den Fall für Lupus erythematodes auch wegen der Schleimhaut- und Lippenveränderungen (vaskuläre und hyperkeratotische); die Entstehung durch Lichtreizung ist dabei verständlich.

UNNA-Hamburg: Fall wurde vor 2 Jahren von DELBANCO und UNNA beschrieben als eine neue Form von Ulerythem, besonders infolge des sehr eigentümlichen histologischen Bildes, welches starke Gefäßveränderungen mit hyalinen Degenerationen der Media neben einem banalen Zellinfiltrat unmittelbar unterhalb der verdickten hyperkeratotischen Epidermis zeigte.

RIECKE-Göttingen: Die Erscheinungen an den Handrücken zusammen mit den Schleimhautveränderungen sprechen für eine oberflächlich situierte disseminierte Form des Lupus erythematodes chronicus.

Digitized by Google

JADASSOHN-Breslau: Der Fall erinnert auch an Poikilodermie, die Mundveränderungen sind dem Lupus erythematodes ähnlich, aber doch nicht pathognomisch. Man sollte sie wegen der Poikilodermiefrage speziell noch auf Muzin untersuchen.

URBACH-Wien: Die Diagnose Lichtdermatose muß prinzipiell durch Hervorrufung oder Verschlechterung der Dermatose durch Licht gestützt werden. URBACH und KONRAD konnten nun zeigen, daß es eine Reihe von Fällen gibt, die nicht durch den ultravioletten Anteil des Sonnenlichtes, sondern durch den rotgelben derselben hervorgerufen werden (geprüft mittels Farbfilter von ZSIGMONDY [Schott-Jena]). Diese Differenzierung ist praktisch von Bedeutung, da in den rotgelb überempfindlichen Fällen Zeozon, Antilux usw. nicht wirksam sind, dagegen Resorzinpräparate, intern oder epikutan appliziert, selbstverständlich nur temporär.

ARNING-Hamburg bittet bei diesem Falle, der doch sicher in das Gebiet der Lichtdermatose fällt, einen therapeutischen Versuch zu machen mit Fortlassen der jahrelang gebrauchten Salben und Cremebehandlung. Nach der Erfahrung ARNINGS sind alle lichtüberempfindlichen Häute auch empfindlich gegen alle Salben, die Vaseline oder Paraffine, also kurz Mineralfette enthalten.

HABERMANN (Schlußwort) betont die Unterschiede vom typischen Lupus erythematodes, unscharfe Begrenzung, völliges Fehlen der Schmerzempfindlichkeit, abweichender histologischer Befund.

HABERMANN: **Melanodermie und Leukatrophie** (bei Lues und Tuberculosis pulm.). Bei 58jähr. Frau am Hals und an den oberen Thoraxpartien bräunlichgraue feinnetzige Marmorierung, zum Teil durchsetzt mit zahlreichen kleinsten Gefäßerweiterungen bei deutlicher Verdünnung und Fältelung der Haut. Vielfach Follikelmündungen erweitert und hyperkeratotisch. Im mittleren Bereich des Nackens bis zu den Spinae scapulae und herunter bis 4. Brustwirbel innerhalb der Braunfärbung linsengroße Flecke von hellerer Farbe, innerhalb deren die Haut leicht atrophisch ist.

KEINING: **Lymphadenosis cutis circumscripta und Prurigo lymphatica bei aleukämischem bzw. subleukämischem Blutbefund.** Vgl. hierzu Originalbeitrag von P. MULZER und E. KEINING in Derm. W., 1928, Bd. 87, H. 39a (Prof. BUSCHKE zum 60. Geburtstag gewidmet).

KEINING: **Myxoedema circumscriptum symmetricum bei Basedow.** Die 28jähr. verheiratete Pat., die seit 2 Jahren an BASEDOWscher Krankheit leidet, bemerkte vor 7 Monaten plötzlich eine umschriebene Anschwellung an den distalen Vorderflächen beider Unterschenkel. Die Anschwellungen waren zunächst bläulichrot, im Laufe der Zeit gewannen sie jedoch mehr und mehr einen schmutzig gelblichweißen Farbton. Seit einigen Wochen bemerkte die Patientin eine deutliche Hypertrichose auf den Anschwellungen. Der Stoffwechsel der Pat. beträgt zur Zeit + 76%. Röntgenologisch kein retrosternaler Schatten. Innere Organe o. B.; WR —.

Man sieht beiderseits im Gebiet des unteren Drittels beider vorderen Tibiaflächen an symmetrischen Stellen kinderhandtellergroße, deutlich über das Hautniveau erhabene, scharf umschriebene kutane, plattenartige Anschwellungen von ausgesprochen harter Konsistenz. Über ihnen ist die Haut nicht verschieblich, dagegen sind die Tumorplatten gegenüber der Unterlage frei beweglich. Der Farbton ist schmutzig gelbweißlich, nach Hängenlassen der Beine mit einem Stich ins Bläuliche. Die Haut ist über den Tumoren wie gedunsen, sie macht einen prallen Eindruck, als wäre sie mit einer Flüssigkeit unterspritzt, sie ist spiegelnd und besitzt apfelsinenartige Einziehungen. In den trichterförmigen Follikelöffnungen sieht man schwarz pigmentierte Haare, die gegenüber der gesunden Umgebung deutlich hypertrophisch sind.

In Zelloidin- und Paraffinschnitten von einem exzidierten Tumorstück ist mit den verschiedensten Färbungen massenhaft Schleim nachweisbar. Die Präparate sind aufgestellt.

KEINING: **Myxoedema circumscriptum symmetricum mäßigen Grades bei Basedow.** 37jähr. Pat., die seit $^1/_2$ Jahre an BASEDOWscher Krankheit leidet. Stoffwechsel zur Zeit + 49,25%. Röntgenologisch kein retrosternaler Schatten, innere Organe o. B., WR —.

Vor 3 Wochen traten plötzlich vor den distalen Vorderflächen beider Tibiae an symmetrischen Stellen Anschwellungen auf, die abgesehen von einem geringen Wärme-

Digitized by Google

gefühl keine Beschwerden verursachten. An der Vorderfläche beider Tibiae, besonders in deren distalem Drittel, am Fußansatz abschneidend, proximalwärts etwas oberhalb der Mitte der Unterschenkel sich allmählich verlierend, befindet sich eine bläulichbraungelbe plastische Induration der Haut, die auf der Subkutis frei verschieblich ist. Die Oberfläche ist stark gespannt, spiegelnd und läßt apfelsinenschalenartige Einziehungen, in denen Haare stecken, erkennen. Eine Erythrocyanosis progressiva ist auszuschließen 1. wegen des Farbtons — es herrschen gelblichbraune Farbtöne vor, 2. wegen der harten, an Knorpelhärte erinnernden Konsistenz der Infiltrationen und 3. wegen der speziellen Pathogenese des vorliegenden Hautprozesses. Bei der Exzision ergab sich vorquellendes gallertartiges Gewebe. Die histologische Untersuchung steht noch aus.

Aussprache: JADASSOHN-Breslau weist auf die Fälle von Myxoedema tuberosum und planum hin, betont die Wichtigkeit der Schleimuntersuchung (neue Form des zirkumskripten Myxödems in Breslau ohne bisher nachweisbare Thyreoideaveränderungen), Notwendigkeit der Annahme einer speziellen Neigung zu muzinöser Infiltration bei einzelnen Menschen.

E. HOFFMANN-Bonn weist auf das Trophoedème de Meige hin, das MEMMESHEIMER bei der Essener Tagung aus seiner Klinik vorgestellt hat (an Handrücken und Unterarm pseudoelephantiastische Schwellung mit trennender Querfurche). MEMMESHEIMER beschreibt den Fall in der Dermatologischen Zeitschrift.

L. PULVERMACHER-Berlin: Die Stoffwechselbefunde sprechen für ein Überwiegen der hypothyreotischen Funktion. Fälle von Dissoziation, d. h. der Mischung von Erscheinungen nach Morbus-Basedow-Art und solchen des Myxödems wurden wiederholt beobachtet. Die Symptome bei den Kranken scheinen für die besondere Bedeutung der Konstitution der Peripherie zu sprechen. Ebenso wie Fixation von Krankheitsäußerungen an bestimmten Körperstellen vorkommt und Aussparung (s. Arzneiexantheme), scheint hier eine Unempfindlichkeit bestimmter peripherischer Partien für das Hormon der Thyreoidea vorzuliegen, die sich nicht nur im Ausbleiben von Basedowsymptomen zeigt, sondern sogar als Minussymptome im Auftreten myxödemartiger Zustände. Die Behaarung scheint mir, da die Pat. reichliche Lanugohaare sonst hat, an den betreffenden Stellen nicht übermäßig.

KEINING (Schlußwort) weist darauf hin, daß ihm bisher 3 Fälle von umschriebenem Myxödem bei Basedow bekannt sind. Den ersten Fall stellte ARNDT vor 1½ Jahren in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft unter der Diagnose Myxoedema tuberosum bei Basedow vor. Da für die hier demonstrierte Form des Myxödems plattenartige Indurationen an symmetrischen Stellen unter Bevorzugung des distalen Teiles der vorderen Tibiaflächen (evtl. auch der Streckseiten der Unterarme?) charakteristisch ist, da sie in allen 3 Fällen bei einwandfreiem Basedow beobachtet wurde, schlägt K. für dieses Krankheitsbild, das von dem Myxoedema tuberosum (JADASSOHN-DÖSSEKKER) unterschieden werden muß, die Bezeichnung „Myxoedema circumscripta symmetricum basedowicum" vor, dies besonders auch deshalb, um rein wissenschaftlich auf die Mischformen von Hyper- und Hypothyreoidismus (in Frage kommt auch eine Dysfunktion der Schilddrüse bzw. eine paradoxe Reaktion der Haut bei Hyperthyreodismus) das Augenmerk zu richten, weil sie diesen Fragenkomplex in einschneidender Weise beeinflussen können.

C. F. HAHN: **Akrodermatitis atrophicans.** Bei 37jähr. Frau. Innersekretorische Funktionsprüfung ergab keine Abweichung von der Norm.

C. F. HAHN: **Ichthyosis hystrix.** Bei 16jähr. Jüngling. Ausgedehnte warzige Verdickungen und dunkelbraune Verfärbung fast der ganzen Haut in auffallender Bevorzugung der Beugeseiten der Extremitäten.

C. F. HAHN: **Hydroa vacciniformis.** Bei 18jähr. Jüngling. Keine Blutsverwandtschaft in der Aszendenz, keine ähnlichen Erkrankungen in der Familie. Seit früher Kindheit jedes Frühjahr im Gesicht, an Ohren, Wangen, Nacken, Handrücken auftretende Entzündungen. Im Laufe der Jahre verstärkt, zum Teil bis Oktober anhaltend. Zur Zeit blaurote Verfärbung, ausgedehnte Narbenbildung und zum Teil Borkenbildung der befallenen Stellen. Urinporphyrin schwach vermehrt, Stuhl- und Blutporphyrin nicht vermehrt. Leberfunktion normal. Mitreaktion der Leber bei Hautreaktionen eingeschränkt. Ursache wahrscheinlich andersartiger Ablauf der Hautreaktion (wird ausführlich veröffentlicht).

Digitized by Google

C. F. Hahn: **Mycosis fungoides.** Bei 54jähr. Manne. Seit 3 Jahren wechselnde Exantheme, die besonders nach Alkoholgenuß jucken. Seit 4 Jahren epileptoide Nervenanfälle. Typisches figuriertes Erythem an Brust und Rücken mit einigen Tumoren. Organisch-neurologisch kein krankhafter Befund zu erheben. Für einen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Hauterscheinungen bestehen keine Anhaltspunkte.

Rollin: **Agyrosis cutis universalis** bei 46jähr. Schneider. Durch lange fortgesetzte (etwa 1 Jahr) Pinselungen des Rachens mit Argentumlösungen wegen rezidivierender Halsentzündung trat bei dem Pat. eine rasch zunehmende Verfärbung der ganzen Haut auf, die jetzt seit 16 Jahren besteht. Die Körperhaut und sichtbaren Schleimhäute sind ganz gleichmäßig graubräunlich verfärbt.

Rollin: **Cutis verticis gyrata et Cutis gyrata palmarum mit Acromegalie** bei 22jähr. Schlachter. Der Fall ist eingehend beschrieben (s. Inaug.-Diss. von Naumann, Arch. f. Derm., Bd. 154).

Rollin: **Xeroderma pigmentosum tardivum (Landmannshaut?).** Bei 56jähr. Manne seit Kindheit Epheliden. Erst seit dem 25. Lebensjahre Auftreten zahlreicher harter Knötchen, von denen einer am linken äußeren Augenlide lokalisiert zum Ektropium des Unterlides führte. Die Knötchen wurden teils exzidiert, teils bestrahlt und stellten klinisch und histologisch multiple Basalzellenkarzinome dar. Jetzt ausgedehnte Atrophie der Haut mit Teleangiektasien und unregelmäßig fleckigen Pigmentierungen. Auffallend ist das späte Auftreten und der bisher relativ gutartige Verlauf. Der Kranke hat nur zeitweise kurz auf dem Lande gearbeitet und war meist als Portier tätig.

Wiese: **Angiokeratoma Mibelli mit Weichteilschrumpfungen und Gelenkkontrakturen der Finger.** Bei 23jähr. Mädchen, das seit frühester Kindheit kalte Hände und Füße, mehrfach Frostbeulen gehabt hat, bestehen, seit 5 Jahren aufgetreten, blaurote bis schwärzliche Knötchen von Hirsekorn- bis Stecknadelkopfgröße an Handrücken, Fingern und Zehenstreckseiten, zum Teil mit Hyperkeratosen. Daneben auffallende Weichteilatrophien zahlreicher Finger. Röntgenologisch Hand- und Fußgelenke o. B. Mäßige Akroasphyxie, leichter Dermographismus, keine vasomotorischen Störungen, insbesondere keine Vago- oder Sympathikotonie.

Dermatologische Klinik Krankenhaus Hamburg, St. Georg

Karrenberg: **Morbus Simmonds (hypophysäre Kachexie) mit Hauterscheinungen.** 30jähr. Frau. 1919 erster Partus 1924 zweiter Partus; danach noch einmal Menses, dann völliges Aussetzen der Menstruation. Früher leichtes Ekzem; während der zweiten Gravidität Furunkulose, die nach dem Partus ausheilte. Zugleich mit dem amenorrhoischen Zustand Kachexie, Verlust der Achsel- und Schamhaare, Ausfall der Zähne, Verdickung des gesamten Integumentes. Seit etwa 2 Jahren zunehmende Apathie, Verlust der Libido. Status bei der Aufnahme: Generalisierte Neurodermie, totale Kalvities. Nach Darreichung von Ovarialpräparaten Urticaria gigantea mit starker Temperaturerhöhung; Vereiterung einer Urtikaria, weitere Körperherde, aus denen in Reinkultur stets hämolytische Streptokokken kultiviert werden konnten. Ebenfalls positive Kultur aus dem Blute. Auf Trypaflavin intravenös (5 ccm einer 2%igen Lösung) Rückgang der Sepsis. Nach Darreichung von Präphyson auffallende Besserung des psychischen Verhaltens, leichte Besserung der Hauterscheinungen. Besprechung der Ursache der Erkrankung (arterielle Thrombose? Zu starke Rückbildung der normalerweise während der Gravidität stärker werdenden Hypophyse?).

Aussprache: Urbach-Wien fragt nach dem Grundumsatz und der spezifisch-dynamischen Nahrungsmittelwirkung.

Karrenberg: **Acrodermatitis atrophicans.** 52jähr. Pat. Beginn vor etlichen Jahren über dem linken Kniegelenk, Ausbreitung über die ganze linke untere Extremität. Leichte Besserung auf physikalische Therapie (Schwitzen) und Olobintin.

Karrenberg: **Erythrodermie ichthyosiforme congenitale Brocq.** 8jähr. Knabe. Hautleiden seit der Geburt bestehend. Eltern nicht blutsverwandt. Bei der Aufnahme Haut der Axillen und Inguinalfalten mit enorm starken hyperkeratotischen Auflagerungen bedeckt, Haut des übrigen Integuments gerötet, verdickt. Greisenfazies. Zur Zeit therapeutisch beeinflußt (Schwitzen, Bäder).

Besprechung der Differentialdiagnose.

Digitized by Google

KARRENBERG: **Erythrodermie ichthyosiforme congenitale Brocq.** 4jähr. Pat., Schwester vom vorigen Fall. Anamnese und Status wie beim Bruder.

Aussprache: RILLE-Leipzig wendet sich gegen die Diagnose „Erythrodermie congenitale ichthyosiforme" und hält den Fall für Ichthyosis, möglicherweise für einen überlebenden Fall von Ichthyosis congenita. Mit der BROCQschen Krankheit hat der Fall keinerlei Ähnlichkeit, denn für sie unerläßlich ist die akanthotische Beschaffenheit von Axilla, Ellen- und Kniebeuge usw., ferner Hypertrichosis und gelegentlich Blasenbildung.

RIECKE-Göttingen: Atypisch ist die Lokalisation an den Beugen der Gelenke, sonst charakteristisches Bild der vulgären Form ohne weitere Stigmata der kongenitalen Form. Es dürfte sich daher um eine Ichthyosis vulgaris handeln, zumal auch das Geschwister eine analoge Veränderung der Haut zeigt.

RITTER-Hamburg: Gerade die von RILLE geforderten Stigmata haben uns die Diagnose „Erythrodermie ichthyosiforme congenitale Brocq" stellen lassen. Die hystrixähnlichen, akanthotischen Verdickungen an den Beugeseiten, die ausgesprochenen, auch histologisch nachgewiesenen Entzündungen, die zu Ektropium geführt haben, sind für die Diagnose maßgebend; sie sind hier vorhanden.

BRUHNS-Charlottenburg: Ich glaube nicht, daß es sich um Ichthyosis vulgaris handelt. Die Neigung zum Ektropium, das Befallensein der Beugen sprechen für überlebende Form von Ichthyosis congenita. Meines Erachtens kann man das Krankheitsbild aber auch als Erythrodermie congenitale ichthyosiforme bezeichnen, die Blasenbildungen, das starke Wachstum der Haare und Nägel kann vorhanden sein, muß es aber nicht. Die Rötung der Haut ist heute nicht mehr zu sehen, kann aber doch dagewesen sein. Überlebende Formen von Ichthyosis congenitalis und Erythrodermie c. i. sollten im Begriff nicht getrennt werden.

JADASSOHN-Breslau spricht für die Diagnose Erythrodermie, die mit der Ichthyosis foetalis congenita Beziehungen hat. Auch hier wieder Geschwister befallen.

L. PULVERMACHER-Berlin: Der Knabe macht auf mich den Eindruck eines Mongoloiden.

VONKENNEL-München.

KARRENBERG: **Multiple oberflächliche Basalzellkarzinome („Karzinoide" nach ARNING).** Seit 20 Jahren bestehen bei der nunmehr 54jähr. Pat. multiple, oberflächliche Basaliome, die sich histologisch als multizentrisch erweisen. Eine Probeexzision vor 3 Jahren ergab von einem etwas tiefergreifenden Herd einen Stachelzellkrebs. Veröffentlichung in extenso.

KARRENBERG: **Naevus comedo-follicularis, teils plaqueförmig, teils lineär.** 30jähr. Pat., hat angeblich immer diese Hauterscheinungen gehabt. Im Rücken teils plaqueförmiger, teils lineärer Komedonennaevus. Histologisch eigenartige Bindegewebsveränderungen. Veröffentlichung in extenso.

KARRENBERG: **Pseudoleukokeratosis buccalis toxica GRÜTZ** (?) bei einem Psoriatiker. 40jähr. Pat. mit Psoriasis. Pfeifenraucher. Im Bereich des rechten Mundwinkels, wo Pat. seine Pfeife hält, etwa pfennigstückgroße, weißliche Verfärbung und Verdickung der Mundschleimhaut.

KARRENBERG: **Acanthosis nigricans** ohne nachweisbaren Tumor. Publikation in extenso.

HAAK: **Mycosis fungoides.** 72jähr. Pat. Seit 9 Monaten sehr stark juckende, eigenartig braun gefärbte, umschriebene Plaques mit Schuppung und Hautverdickung an den unteren Extremitäten, Ausbreitung über den ganzen Körper. Histologisch: Polymorphes Zellinfiltrat.

HAAK: **Lichen ruber striatus.** 26jähr. Pat. Vor 3 Wochen in der Nähe des linken Fußknöchels strichförmiger Hautausschlag; über Nacht Ausbreitung in Strichform über die ganze Hinterfläche des linken Beines bis zum Glutäus. Diagnose zunächst unklar; später typische Lichenknötchen. Sehr starkes Jucken.

HAAK: **Neurodermie.** 3jähr. Knabe, mit 4 Monaten bei natürlicher Ernährung Hautausschlag zunächst im Gesicht, dann über den ganzen Körper. Zeitweise Besserung der Haut; dann Asthma. Behandlung bislang ohne jeglichen Erfolg, auch nicht in der allergenfreien Kammer.

HAAK: **Multiple Xanthome** beim Diabetiker. Ausgedehnte Xanthomatose des Rumpfes, seit kurzer Zeit bestehend. Saccharum positiv.

Digitized by Google

HAAK: **Trophische Ulzera an den Beinen bei Lues; Icterus haemolyticus familiaris.** Vater des Pat. litt an Gelbsucht. Seit dem 12. Lebensjahre selbst Ikterus. Milzexstirpation wird verweigert. Vor 20 Jahren Lues, unzureichende Behandlung.

HAAK: **Sarcomatosis cutis und Röntgenulkus.**

HAAK: **Granulosis rubra nasi.**

HAAK: **Cutis verticis gyrata.** Potator, Epileptiker. Vor einigen Jahren Wunde am Hinterkopf mit Knochenverletzung.

HAAK: **Lupus erythematodes an Händen und Ohren.** Seit 3 Jahren Ausschlag an Händen und Ohren. Beginn angeblich mit kleiner Stelle im Nacken. 24 Goldspritzen ohne Erfolg.

HAAK: **Arthropathia psoriatica gravis.** 63jähr. Pat. Gliederschmerzen seit 1921; Hauterscheinungen seit 1925/26. Allmählich Zunahme der Gelenkerscheinungen. Röntgenologisch schwerste Arthropathie aller Finger- und Handgelenke.

HAAK: **Casus pro diagnosi.** 46jähr. Pat. 2mal Gonorrhoe, zuletzt vor 6 Jahren. Im Felde 1915 Erfrierung sämtlicher Zehen. Seit Monaten starke Hyperkeratose der Fußsohlen. Frühjahr 1928 Auftreten einer Psoriasis an den Zehen, Verbreitung auf beide Beine. Sommer 1928 plötzlich akute Monarthritis. Kein Ausfluß. Auf Vakzine Konjunktivitis und Balanitis. Prostata etwas derb, Gonokokken nicht nachweisbar.

Aussprache: LANGER-Berlin: In diesem Falle scheint es zu weitgehend, das Krankheitsbild als eine gonorrhoische Hyperkeratosis zu bezeichnen, da zur Zeit keinerlei gonorrhoische Krankheitserscheinungen bestehen und die Gonorrhoe 7 Jahre zurückliegt. Da außerdem typische psoriatische Erscheinungen vorhanden sind, wären die Effloreszenzen an den Füßen eher als eine Psoriasis pustulosa zu betrachten, das ganze Krankheitsbild als Psoriasis atropathica.

RITTER-Hamburg: Der Fall ist hochinteressant, der Pat. ist Psoriatiker und kam als solcher zu uns. Die Erscheinungen an den Füßen wurden stark hyperkeratotisch und ganz refraktär gegen jede Therapie, plötzlich trat eine Monarthritis des rechten Fußgelenkes auf, gleichzeitig damit eine Konjunktivitis und eine Balanitis. Diese Symptome brachten uns auf den Verdacht, daß bei dem Pat. außer seiner Psoriasis eine gonorrhoische Monarthritis aufgetreten war. Die Anamnese ergab Gonorrhoe vor 7 Jahren, jetzt besteht eine starke Prostatitis, in der allerdings Gonokokken nicht nachgewiesen wurden. Die Differentialdiagnose zwischen Psoriasis atropathica und Monarthritis gonorrhoica mit gonorrhoischen Hyperkeratosen ist natürlich nicht leicht in dem Falle und auch mit Sicherheit nicht zu stellen.

HAAK: **Neurodermie.** 29jähr. Pat. mit Asthma. Generalisierte Neurodermie. Beginn seit der Kindheit. Prüfung auf Allergene ohne Resultat. Therapierefraktär.

BENEDEK-Leipzig: Bei den beiden Fällen von Neurodermie handelt es sich als Grundleiden um Spalthefemykose; die neurodermitischen Veränderungen sind sekundärer Natur als Folge des hochgradigen Juckreizes bzw. des dadurch bedingten Scheuerungseffektes.

BUCHBINDER: **Granuloma annulare.** 23jähr. Pat., seit 1 Jahr typische Effloreszenzen auf den Streckseiten beider Hände.

BUCHBINDER: **Granuloma annulare.** 11jähr. Kind. Auf der Streckseite der r. Hand typisches zehnpfennigstückgroßes Granuloma anullare.

BUCHBINDER: **Ekzem auf Röntgenhaut.** 53jähr. Pat. 1900 Bestrahlung beider Hände wegen Lupus erythematodes. Anschließend Verbrennung der Innen- und Außenflächen beider Hände. Danach Ekzem mit Teleangiektasien.

BUCHBINDER: **Lichen ruber.** 30jähr. Pat. Sitz: rechte Unterbauchgegend.

BUCHBINDER: **Trophische Hautstörungen.** 28jähr. Pat. Seit 1918 ausgedehnte Furunkulose. Von 1923—1925 etwa 50 intramuskuläre Terpentininjektionen. Seit 1926 stets rezidivierende Abszesse an beiden Glutäen mit sterilem Eiter. Beckenknochen röntgenologisch o. B. Neurologisch: Hypästhesie am ganzen Körper (konstitutionell?). Psychisch: Mäßige Debilitas. Es handelt sich wahrscheinlich um trophische Störungen auf Grund einer konstitutionellen Analgesie bei Debilitas mentalis levis, bedingt durch die zahlreichen intramuskulären Injektionen.

Professor UNNAS Dermatologicum, Hamburg

P. UNNA jr.: **Lepra mixta,** früher vorwiegend Knotenfall, jetzt Vorwiegen der Nervensymptome. Pat. M. d. C., 46 Jahre, aus Portugal, wo Lepra endemisch ist. Seit 1901 anästhetische Flecken des linken Unterschenkels. Seit 1920 starkes Knoten-

Digitized by Google

exanthem der Extremitäten mit positivem Leprabazillenbefund der Nase. Unter der linken Großzehe Mal perforant. Verdickung der Ulnarnerven und Peronei.

Von 1920—1925 in der Klinik. Schweres Krankheitsbild mit hohen kontinuierlichen Fieberattacken und sich schnell aufeinander ablösenden Aussaaten von leprösen Schwellknoten. Die einzelnen Fieberperioden dauerten bis zu 8 Wochen. Pat. kam dabei sehr herunter.

Außerordentlich große Besserung durch Weglassen jeder reizenden parenteralen und starken äußerlichen Therapie.

Mit feuchten Ichthyolstrümpfen und intravenöser Dispargenbehandlung bedeutende Besserung.

Pat. wurde März 1925 fast geheilt entlassen, setzte die Kur in Portugal mit Lebertran, Terpestrolsalbe und Ungt. pyrogall. comp. fort. Unter dieser Behandlung Abheilen der letzten Knotenreste. Pat. wurde arbeitsfähig. Dagegen Auftreten von Mutilationen an beiden Füßen. Pat. kam deswegen vor einiger Zeit wieder in unsere Klinik. 2 Operationen der Zehen, Exartikulation der stark verkrümmten Zehenglieder.

Röntgenaufnahme-Diapositiv.

Status: Pigmentierte Reste (Flecken) der alten Lepraknoten an den Beinen. Muskelatrophien, Anästhesien für Berührung, Schmerz und Wärmegefühl an Armen und Beinen. Die mutilierten Zehenglieder sind amputiert.

P. Unna jr.: **Lepra nervosa.** Patient P. V., 26 Jahre, aus Holland. Seit dem 2. Lebensjahre in Java viel mit Leprösen zusammengekommen. Beginn der Erkrankung 1912 mit fortschreitenden Anästhesien und Verkrümmung der Finger. Pat. merkte, daß Dornen ihm keine Schmerzen verursachten. Beginn der äußeren Erscheinungen mit erysipelähnlichen Schwellungen.

1919 Augenleiden in Holland von Prof. Snellen behandelt. Pat. wurde zeitweilig in Holland isoliert, dann aber wieder entlassen.

1924 erneutes schweres Augenleiden.

Januar 1926 Klinikaufnahme.

Pat. hatte die Fähigkeit, seine Glieder zu gebrauchen, fast vollkommen verloren. Unbeholfener schwankender Gang, Pat. konnte weder selbst essen noch schreiben, Nackenmuskulatur atrophisch, daher Kopf gesenkt, Fazialisnerv gelähmt, daher Gesichtsmuskulatur atrophisch, leichter Lagophthalmus, starke Lichtscheu, unaufhörliches Augentränen, Konjunktivitis und Iritis.

Kombinierte äußerlich-innerliche Behandlung, außerdem methodische Faradisation, Gymnastik, Bäder und in letzter Zeit auch Kohlensäureschneebehandlung haben die Atrophien größtenteils beseitigt, die Sensibilität bedeutend gebessert. Pat. kann wieder allein essen, gut schreiben, die Mundmuskulatur bewegen und deutlich sprechen, aufrecht gehen, den Kopf aufrecht halten und neuerdings ohne schwarze Brille bei hellem Tageslicht sehen.

Status: Lepröse Muskelatrophien und Anästhesien an oberen und unteren Extremitäten und Gesicht.

P. Unna jr.: **Atrophia chronica mit Knoten und Strängen.** Patient Lu., 48 Jahre. Gemeinsam mit Prof. Delbanco und A. Lippmann im Arch. f. Derm., Bd. 153, H. 3 veröffentlicht. 1917 im Karpathenfeldzug bei großer Kälte zuerst bemerkt. Hatte wiederholte eitrige Kniegelenkentzündung.

Nach und nach traten an den Extremitätenenden und an den großen Gelenken bläuliche Verfärbung und Verdünnung der Haut und 55 harte Knoten auf, ferner an den Fußrücken zwei harte Stränge, welche die Beweglichkeit beeinträchtigten.

Histologischer Befund siehe Mikroskop.

Atrophie des Kollagens und Elastins. Innerlich Cholesterinämie.

P. Unna jr.: **Symptomatische Atrophia cutis der oberen Extremitäten** bei einem Fall von Ichthyosis simplex. Pat. W. D., 64 Jahre. Atrophie der lateralen Augenbrauenhaut, Dupuytrensche Kontraktur an beiden Händen. Aszendenz o. B. Keine ähnlichen Erkrankungen in der Familie. 4 gesunde Kinder, 1 Kind doppelseitige Hüftgelenkerkrankung.

Vor 15—20 Jahren starke Schmerzen in beiden Handrücken mit starker Schwellung und bläulicher Verfärbung der Handrücken, nachdem Pat. im Winter im Freien bei großer Kälte und Schneegestöber Wäsche gewaschen hatte.

Es erfolgte keine Rückbildung, und nach der Menopause wurde die Fläche noch dunkler.

Jetzt keine Schmerzen mehr, aber sehr empfindliche Haut.

Digitized by Google

P. Unna jr.: **Parakeratosis variegata Unna-Pollitzer** sive **Parapsoriasis lichenoides Brocq.** Patient C. M., 75 Jahre. Seit 40 Jahren allmählich sich entwickelnder schuppiger Hautausschlag, der jeder Behandlung trotzt. Sehr geringfügiges Jucken.

P. Unna jr.: **Parakeratosis variegata Unna-Pollitzer** sive **Parapsoriasis lichenoides Brocq.** Patient L. R., 44 Jahre. Seit 3 Jahren therapeutisch nur wenig beeinflußbare, fast universelle, schuppige Flechte, die zeitweise geringes Jucken verursacht. Histologisches Präparat siehe Mikroskop.

Aussprache: Juliusberg-Braunschweig: Zu den Fällen von Parakeratosis variegata möchte ich bemerken, daß ich nach der ersten Beschreibung Unnas annahm, daß diese Fälle doch erheblich verschieden seien von der Form, die Jadassohn als psoriasiformes und lichenoides Exanthem beschrieben hatte. Die vorgestellten Fälle, besonders der noch stark ausgesprochene Fall, den ja Prof. Unna selber als Parakeratosis variegata bezeichnet hat, zeigen mir aber, daß die Unterschiede zwischen den beiden Formen nicht wesentlich sind. Der eine vorgestellte Fall erinnert mich außerordentlich an den Fall Preuss, den Neisser an demselben Kongreß, an dem Jadassohn seinen ersten Fall zeigte, vorstellte und der der Jadassohnschen Dermatose als analog aufgefaßt wurde.

Jadassohn-Breslau betont die auch jetzt noch bestehende Schwierigkeit, wegen der Analogie der sogenannten Primäreffloreszenzen, die Parakeratosis variegata mit der Parapsoriasis en goutte (Dermatitis psoriasiformis lichenoides) identifizieren.

Unna jr.-Hamburg (Schlußwort) stimmt vollkommen mit Jadassohn überein, daß die Morphologie der Effloreszenzen der Parapsoriasis guttata und lichenoides zu wenig charakteristisch ist, um die Fälle scharf zu trennen. Unsere Erfahrungen sind noch nicht weit genug fortgeschritten.

G. W. Unna: **Mycosis fungoides.** Patientin F., 38 Jahre. Erstes Auftreten ekzematöser Hautveränderungen 1919/20. 1924 nach langjähriger Latenz als Mycosis fungoides erkannt und vorgestellt. Seitdem intermittierende Behandlung. Die von Arning seinerzeit vorgeschlagene Crysarobinkur hatte einen günstigen Einfluß auf die zur Entartung neigenden Plaques. Ebenso gut wirkten Pyrogallol. Sehr gut wirkten Kromayer-Bestrahlungen und Röntgenbehandlung. Dagegen war Arsen in Form von intravenöser Silbersalvarsaninjektion erfolglos. (Histologisches Präparat.)

G. W. Unna: **Sarkoma multiplex cutaneum.** Typ: Neumann. Carstens, 64jähr. Frau. Beginn mit einem Knoten an der Stirn (jetzt kastaniengroß), dann an der Backe (kirschgroß), zuletzt bohnengroße Knötchen an seitlicher Wange und beiden Halsseiten. Die Farbe ist rosa- bis dunkelrot. Die Konsistenz ist fest, sie sind in das Unterhautzellgewebe eingebettet und mit der Haut verwachsen. Histologisch typisches Rundzellensarkom. (Histologisches Präparat.)

G. W. Unna: **Lupus erythematodes,** schön ausgeprägt auf der Mundschleimhaut. Pat. R., 28 Jahre. Mit 18 Jahren Bauch- und Brustfellentzündung. Mit 19 Jahren Partus (Kind starb später an Meningitis tuberculosa). 1924 Bauchfellreizung und Beginn des Lupus erythematodes an der Oberlippe, gleichzeitig im Munde. 1927 Ausbreitung bis zur jetzigen Form. WR negativ. Ponndorf mittelstark. Innere Organe o. B.

Therapie: Kromayer, Röntgen, Au., Jod-Chininkur. Es besteht Überempfindlichkeit gegen jede stärkere Behandlung. (Histologisches Präparat.)

G. W. Unna: **Sarkoma solidum cutis.** 38jähr. Mann. Beginn August 1927 mit einem kirschgroßen Tumor in der Oberlippe, dann langsames flächenhaftes Wachstum des Gewächses in die Wange. Die Geschwulst ist rotbläulich prall elastisch; die Nasenlippenfurche ist verstrichen. Auf Röntgen und Arsentherapie ein geringer Rückgang. Februar/April 1927. Histologisch finden sich kleinzellige Zellenanhäufungen im Bindegewebe verstreut mit besonderer Anlehnung an die Haarbälge und Drüsen der Haut. WR negativ, Blutbild normal, Ponndorf negativ.

Blüth: **Darrasche Dermatose.** Patientin H. R., 17 Jahre. Familienanamnese o B. Beginn der Erkrankung vor 10 Jahren an der Stirn-Haargrenze und am Hals. Die Haut wurde spröde und nahm eine graue Farbe an. Allmählich trat Krustenbildung hinzu. Wiederholte Salbenbehandlung ohne Erfolg.

Aufnahmebefund: Juli 1927 am ganzen Körper, behaarten Kopf, Hals, beiden Schultern, Nacken, weniger in Achselhöhlen und Schenkelbeugen ist die Haut von schmutzig graugelblicher Farbe mit zahlreichen konischen, festhaftenden Schuppenkegeln übersät, nach deren Entfernung eine geringe Vertiefung sichtbar wird.

Digitized by Google

Behandlung: Am Körper Cignolin und Pyrogallol, am Kopf Röntgenbestrahlung. Kurze Zeit darauf völliges Schwinden der Erscheinungen.

Februar 1928 Wiederauftreten zuerst beiderseits an der Schläfengegend, dann allmähliche Ausbreitung.

Histologisches Präparat: Typisches Bild der Dyskeratose mit Corps ronds, Grains und Spaltbildung zwischen Keim- und Stachelschicht.

Blüth: **Darierasche Dermatose.** Patientin Y., 39 Jahre. Familienanamnese o. B. Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren am Leib. Dann Ausbreitung auf Hals, Gesicht und Beugeseiten der Arme. Schmutzig braune Verfärbung der Haut und Auftreten zahlreicher Hornkrüstchen. Salbenbehandlung und Arsen innerlich ohne Erfolg. Zweimalige Röntgenbestrahlung der linken Bauch- und Halsseite.

Pat. entzog sich dann der Behandlung, ging aufs Land, wo sie sich intensiver Sonnenbestrahlung aussetzte. Während dieser Zeit fast völliges Verschwinden der Erkrankung. In den letzten Wochen Wiederauftreten am behaarten Kopf, der rechten Schläfenseite, weniger am Leib, Gesicht und Beugeseiten beider Unterarme.

Histologisches Präparat: Typisches Bild mit Corps ronds, Grains und Spaltbildung zwischen Keim- und Stachelschicht.

Blüth: **Lupoid Boeck.** Patientin J., 30 Jahre. Früher nie ernstlich krank. Familienanamnese o. B. (keine Tbc.). Vor 2 Jahren Auftreten von lividbläulichen derben Infiltraten beiderseits an den Oberarmen, im Sommer 1928 auch in der Sakral- und Glutealgegend. Zeitweise geringes Schmerzgefühl in den befallenen Partien. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Keine Tbc. nachweisbar.

Ponndorf 0, WR 0.

Histologisches Präparat: Scharf umschriebene Herde epitheloider, wenige Lymphozyten und Riesenzellen. Keine Tuberkelbazillen nachweisbar.

Blüth: **Naevus.** Pat. K., 15 Jahre. Im 7. Lebensjahr Auftreten auf der linken Schulter, langsames Größerwerden und Ausbreitung auf die linke Brustseite, später auch auf die rechte Seite. In der letzten Zeit schnelles Wachstum, Fortschreiten auf Abdomen und Oberschenkel.

Histologisches Präparat: Umschriebene Akanthose und Hyperkeratose. Keine Wucherungserscheinungen an Follikeln und Knäueln.

Status: Umfangreicher, hautfarbener, systematisierter Naevus, mikroskopisch harter Naevus.

E. Hoffmann-Bonn macht auf die Ähnlichkeit dieses Naevus mit dem von Zurhelle und ihm beschriebenen Fettnaevus aufmerksam und fragt nach dem histologischen Befund; ein solcher Fettnaevus ist bisher ein Unikum gewesen, auch Unna sen., der sich ein Präparat senden ließ, hat derartiges nicht beobachtet (echtes Fettgewebe in die Kutis eingelagert und kleine, hervorragende, weiche Knötchen bildend).

Holländer-Bielefeld: Ich habe einen in diese Gruppe fallenden Fall beobachtet, der bei einem 16jähr. Mann seit 2 Jahren besteht als lineärer Naevus verrucosus tardus. Histologisch fanden sich nicht die von E. Hoffmann beschriebenen Befunde, sondern ein Akanthom mit sehr unregelmäßiger ödematöser Stachelschicht, die vielfach Vakuolisierung aufwies. Das Bild erinnerte an mazerierte, entzündliche, spitze Kondylome.

Kirsch-Jena: Vorschlag, den Naevus mit Buckyschen Grenzstrahlen zu behandeln. Gute Resultate sind an der Hautklinik Jena beobachtet worden.

Keil: **Epidermolysis bullosa hereditaria dystrophica.** Fr. K., 18 Jahre. Charakteristischer Fall mit blasigen Eruptionen an Unterarmen und Händen. Dystrophische Nagelveränderungen. Die Erscheinungen, die seit dem 1. Lebensjahre bestehen, nehmen im Laufe der Jahre an Intensität ab. Der Vater des Patienten litt an der gleichen blasigen Erkrankung der Haut und blieb vom 38. Lebensjahre ab von Blaseneruptionen frei. Die Leistenzeichnung der Fingerbeere ist vollkommen regelmäßig.

Keil: **Demonstration von 2 Ratten,** die mit Rattenleprabazillen (Stefansky) geimpft wurden. Nach Ablauf einer Woche post injectionem entwickelte sich an der Bauchseite der Tiere ein pfenniggroßes Ulkus; Abstriche ergeben reichliche säurefeste Stäbchen.

P. Unna jr. und E. Keil: **Kulturversuche auf Ei-Nährboden nach Hohn.** Erstes Wachstum im Impfstrich in der 9. Woche beobachtet. Abstriche zeigen ebenso wie

Digitized by Google

gleichaltrige Tuberkelbazillenreinkulturen den säurefesten Leprabazillus durchweg in Kokkothrixform (LUTZ-UNNA).

Es wird die Auffassung vertreten, daß die Kokkothrixform die Wuchsform des Lepra- wie des Tuberkelbazillus darstellt.

Herr **L. PULVERMACHER**-Berlin: **Vom Konstitutionsbegriff in der Dermatologie.** (Erscheint ausführlich in Derm. W.)

Einleitenden Bemerkungen über die allgemeinen Begriffe der Konstitutionslehre folgen Fixierungen dieser für das Hautorgan. Idiotypische Hautkonstitution (vererbte Hautkrankheiten) und generelle Hauttypen werden gewürdigt; Idioergie und -pathie der Haut in der Formung und Metamorphosierung der Morphe, insbesondere in bezug auf die regionale Konstitution des Organismus werden betrachtet. Es folgen Ausführungen über die Haut in Abhängigkeit von allgemeinen, krankhaften Konstitutionstypen (Störungen des Stoffwechsels, insbesondere Störungen der endokrinen Konstellation, endoglanduläre Stigmatisierung). Konstitutionstypen der Haut dürfen betrachtet werden als normo- und dysplastische (Wachstum, Mißbildungen, Geschwulstbildung), normo- und dysergische (allergische) Hautkonstitution im chemischen Sinne und im Sinne der Immunbiologie; normo- und dystrophische (Stoffwechsel und vegetatives Nervensystem); dabei ist Protoergie resp. -pathie von Deuteroergie resp. -pathie zu trennen. Dieser Betrachtungsmodus ist auch der Würdigung der einzelnen Hautteile nach der anatomischen Teilung zugrunde zu legen. Zum Schluß Ausblick in die Konstitutionstherapie der Haut.

Herr **E. F. MÜLLER**-Hamburg: **Die Haut, ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems.**

Änderungen vegetativer Art eines einzelnen Organs sind niemals allein Gefäßreaktionen, sondern Organreaktionen, d. h. das Organ reagiert bei sichtbarer Gefäßerweiterung mit Stoffwechselzunahme aller seiner Zellen und umgekehrt. Solche vegetativen Erscheinungen an einem Organ rufen dadurch, daß die Organe untereinander durch vegetative Bahnen miteinander in Beziehung stehen, bestimmte Impulse auf andere Organe hervor. Dabei läßt sich eine Korrelation zwischen zwei Organgruppen erkennen, bei denen die abdominal gelegenen wechselseitig die extraabdominal gelegenen beeinflussen und umgekehrt. Leistungssteigerung im Abdomen mit Gefäßfülle führt zur Hautblässe, gesteigerte Wärmeabgabe mit Schweißausbruch zu Erniedrigung der abdominalen Organleistungen. Durch diese Zusammenhänge werden, noch unbekannt, ob direkt oder über vegetative Zentren im Gehirn, Reaktionen der Haut dauernd dem vegetativen Nervensystem und damit den anderen Organen vermittelt. Wahrnehmungen der Haut sensibler Art sind solche, die durch bestimmte autonome Reaktionen von Hautelementen entstehende Impulse über sensible Bahnen zum Hirn leiten, wo sie genau so zum Bewußtsein gelangen, wie Wahrnehmungen von Licht und Schall. Auch diese sind ursprünglich autonome Reaktionen der Retinaelemente bzw. der Elemente des Gehörapparates. Nicht Licht und Schall, sondern die auf Licht und Schall in diesen Elementen zustande kommenden reaktiven Änderungen werden durch bestimmte Impulse über die entsprechen-

Digitized by Google

den Nerven zum Gehirn geleitet und kommen dort zum Bewußtsein. In der Haut besteht außer der sensiblen Empfindlichkeit eine Fähigkeit zur Wahrnehmung von Umweltfaktoren, wie Strahlung, Temperatur, klimatische Reize usw. Diese werden, ohne daß sie als sensible empfunden werden müssen, unbewußt perzipiert und führen unbewußt und unabhängig von unserem Willen und unserem Bewußtsein zu Reaktionen, die nicht nur in der Haut, sondern auch an weiteren Änderungen von Körperfunktionen (Blutbildänderungen, Änderungen im Kolloidstatus des Serums, Änderungen von Funktionen der Abdominalorgane) erkannt werden können. Sie beweisen die Fähigkeit der Haut, nach Perzeption selbst feinster Umweltänderungen nicht nur ebenso fein differenziert zu reagieren, sondern auch diese Reaktion, umgeformt in nervöse Energien, als Impulse an andere Organe weiterzugeben. Der grundsätzliche Unterschied der Haut als Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems, von Auge und Ohr als Sinnesorgane des Zentralnervensystems, liegt darin, daß die für den vegetativen Bestand des Körpers wichtigen Umweltfaktoren, unabhängig von Bewußtsein und Willen, dauernd perzipiert und unablässig dem vegetativen Nervensystem vermittelt werden, wo sie ohne Verzug zu regulativen Maßnahmen führen. Diese Fähigkeit der Haut ist die Grundlage der in der physikalischen Therapie wichtigen Maßnahmen zur Einwirkung auf den Organismus, die durch willkürliche Änderung bestimmter Umweltfaktoren die Vermittlung dieser Änderung durch die Haut an den Organismus und damit dessen vegetative Einstellung und Umstellung für die Dauer der therapeutischen Anwendung verursachen. Alle diese Beobachtungen zusammen lassen erkennen, daß die Haut im vegetativen Leben des Organismus deshalb eine besonders hervorragende Rolle spielt, weil sie, wie Auge und Ohr für das Zentralnervensystem, ein, vielleicht das wichtigste, Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems darstellt.

Aussprache: BUCKY-New York: Die Haut ist als Perzeptions- und Transformationsorgan für die unsichtbare Strahlung anzusehen. Hierdurch wird die Zusammenarbeit des Dermatologen und Strahlentherapeuten in der Zukunft noch wichtiger. Interessant ist die Tatsache, daß eine Reihe von Krankheiten, die als Indikationen der Röntgentherapie gelten, durch reine Hautreize beeinflußbar zu sein scheinen, wie die Grenzstrahlentherapie bei Polyzythämie, bei Hyperazidität, bei endokrin bedingten Arthritiden, bei Oligomenorrhoe und anderen erweist.

Herr **E. URBACH**-Wien: **Der Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen und unter experimentell geänderten Bedingungen beim Tier nach Zuckerbelastung.**

Zur Entscheidung der Frage, ob eine Dermatose diabetischer Natur ist, genügt es keineswegs, den Harn auf Zucker zu untersuchen oder auf alimentäre Glykosurie nachzusehen. Der negative Ausfall dieser Proben besagt ebensowenig wie der Nachweis eines normglykämischen Nüchternwertes. Erst die glykämische Kurve nach 100 g Zuckerbelastung gestattet eine Differentialdiagnose, weiter aber auch die Entscheidung, ob es sich im Falle einer pathologischen Reaktion um eine exzessive Mobilisation von Glukose auf Grundlage einer Gleichgewichtsstörung im sympathischen oder endokrinen System handelt oder um eine herabgesetzte Zuckertoleranz im Sinne eines Diabetes.

Digitized by Google

Die prädiabetische Kurve unterscheidet sich von der sympathikotonischen in 4 Punkten: in der Schnelligkeit des Anstieges, in der Art ihres Verlaufes, in der Länge der Zeit, die zu Erreichung des Ausgangswertes notwendig ist, und schließlich dadurch, ob die Hautzuckerkurve eine der Blutzuckerkurve ähnliche Form aufweist.

Da Angaben über den normalen Zuckergehalt der Haut fehlen, wird dieser für den Menschen und verschiedene Tierarten bestimmt und als verschieden, jedoch artspezifisch, festgestellt. Es wird gezeigt, daß der Glukosegehalt der Haut von der Art der Ernährung abhängig ist. Er kann aber, wie durch Insulinversuche am Mensch und Tier nachgewiesen wird, unter eine bestimmte Größe nicht herabgedrückt werden.

Wie verhält sich nun der Blut- und Hautzucker nach Belastung bei Dermatosen, bei denen ungewöhnliche Symptome (abnorme Schwere und Ausdehnung der Erkrankung, ein Versagen der gewöhnlichen Therapie) oder klinische Anhaltspunkte (Habitus, Alter, Rasse) den Verdacht auf Diabetes erwecken? Es wird diesbezüglich das Material in 4 Gruppen eingeteilt. 1. Die Haut- und Blutzuckerkurve ist normal, 2. die Haut- und Blutzuckerkurve entspricht völlig der eines manifesten Diabetes (Nüchternheitshyperglykämie, evtl. Glykosurie, glykämische und glykohistächische Reaktion vom Typus des Diabetes, 3. die Haut- und Blutzuckerkurve deckt einen latenten Diabetes auf: Normalglykämie, Aglykosurie, aber erhöhter Nüchternzuckerwert der Haut; weiter auf Belastung stets eine charakteristisch diabetische Hautzuckerkurve, dagegen eine diabetische Blutzuckerkurve nur in schwereren Fällen. Gute Beeinflussung der Dermatosen (Ekzem, Pruritus, Urtikaria, Furunkulosen, Schweißdrüsenabszesse) durch Diät und Insulin, 4. die Blutzuckerkurve zeigt eine sympathisch-endokrine Störung an (Normglykämie, auf Belastung hoher Anstieg, schneller Abfall; die Hautzuckerkurve dagegen normal). Solche atypische isolierte Blutzuckerkurven fanden sich bei schwer heilbaren Ulcera cruris, chronischen Pyodermien, vereinzelten Urtikariafällen usw. Keinerlei Besserung auf Kohlenhydratenentzug und langdauernde Insulinmedikation.

Aus diesen Untersuchungen ist neuerlich zu ersehen, daß die Analyse des Blutes allein uns keinen richtigen Einblick in den Physo- und Pathomechanismus des Hautgewebes zu geben vermag.

Bezüglich der Methodik, die bei den Zuckeruntersuchungen angewandt wurde, wird auf die bereits erschienene Publikation (Biochemische Zeitschrift, 1928) und auf das Übersichtsreferat (Zentralbl. f. Haut- und Geschl.-Krankheiten) hingewiesen.

Herr **Vonkennel**-München: **Die praktische Bedeutung des Säure-Basengleichgewichts bei Hautkrankheiten.** (Vorläufige Mitteilung.) Mit 1 Abbildung.

Die Bedeutung des Säure-Basenhaushaltes für die verschiedenen Kapitel der Physiologie und Pathologie ist gerade im letzten Dezennium in vielen Arbeiten studiert worden. Die Vervollkommnung der auf diesem Gebiete anzuwendenden Untersuchungsmethoden und besonders die Änderung der theoretischen Grundlagen haben hier ganz neue, für alle Gebiete der Medizin wichtige Gesichtspunkte geschaffen.

Digitized by Google

Als Ausgang darf man wohl das Studium der Atmungsregulation betrachten, für die die WINTERSTEINsche Reaktionstheorie ausschlaggebend war, d. h., daß die PH-Konzentration des Blutes, die aktuelle Reaktion des Blutes, den wahren Reiz des Atemzentrums ausmache. Seit den grundlegenden Arbeiten HENDERSONS und HASSELBALCHS wissen wir aber, daß die Blutreaktion bestimmt wird durch den Quotienten H_2CO_3 zu $NaHCO_3$ oder allgemeiner ausgedrückt: durch das Verhältnis freier Kohlensäure zur Alkalireserve. Nun wird aber nur die Kohlensäurespannung des Blutes durch die Atmung geändert, die übrige Blutzusammensetzung ändert sich unabhängig davon, und auch an das Säurebasengleichgewicht legt die Atmung mittels der CO_2-Spannung nur die letzte, bessernde Hand (siehe Kurve).

Mit dieser Erkenntnis ist die Physiologie der Atmung über ihr Teilgebiet hinausgewachsen, ist zu einem wichtigen Kernstück der Stoffwechselphysiologie geworden und findet ihren Platz im Rahmen der Er-

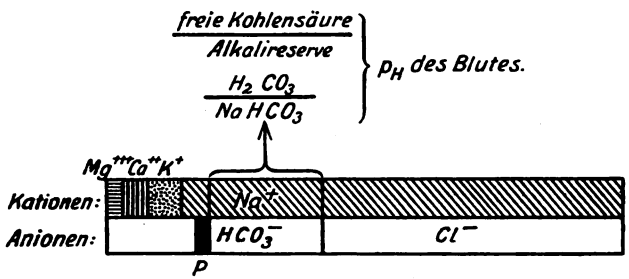


Abb. 1

forschung des Mineralstoffwechsels, dessen ungeheuer große, praktisch klinische Bedeutung für alle Lebensvorgänge erst in neuerer Zeit unserem Verständnis zugänglich wurde.

Das Blut sucht also seinen Quotienten auf das sorgfältigste konstant zu erhalten und dabei nicht nur die Summe der saueren und basischen Valenzen, sondern den Gehalt an jedem einzelnen der sauren und basischen Ionen, und wir wissen, daß die Isoionie der Körpersäfte für den Organismus viel wichtiger ist als die labilere Isothermie (Fieber hat man viel leichter). Drei Reihen von Vorgängen sind nun für die Konstanz der Ionen von Bedeutung. Einmal ist es die Zusammensetzung der zugeführten Nahrung, in zweiter Linie sind es die inneren Stoffwechselvorgänge des Körpers, die zu normalen oder pathologischen, intermediären oder endgültigen Stoffwechselprodukten von saurem oder basischem Charakter führen. Schließlich greift als dritter Faktor die Tätigkeit der Ausscheidungsorgane, vor allem der Niere, des Darms, der Haut und der Drüsen in diese Regulationsvorrichtungen ein.

Welche Störung also tatsächlich vorliegt, kann nur durch eine umfassende Bilanz des Kohlensäure- und Bikarbonatgehaltes und aller in Betracht kommenden Ionen erklärt werden. Also zum mindesten muß quantitativ bestimmt werden: das Chlorid, das Natrium und der Rest-N im Blut, die Reaktion und der Ammoniak im Harn, während die kleinen

Digitized by Google

Ionen K, Ca und P mit einer von HEILMEYER berechneten Konstante (Kalium plus Calzium minus Phosphor = 9,1 mg Äquivalent) ersetzt werden können.

Doch dürfte nach SCHREUS bei seinen Urtikariauntersuchungen und nach unseren Erfahrungen bei Fällen von Pruritus oft auch schon die Bestimmung der Alkalireserve allein wertvolle diagnostische und besonders therapeutische Anhaltspunkte ergeben.

Wenn wir also der physiologischen Beteiligung der Haut an der Atmung und am Mineralstoffwechsel, also an den Regulationsmechanismen des Säurebasengleichgewichtes die klinischen Beobachtungen gegenüberstellen, die eine Störung desselben auf die Haut, z. B. in Form des Pruritus, projizieren, so könnte man für diese Fälle den Pruritus als eine Dyspnoe der Haut bezeichnen.

Die einfachsten Beispiele dieser Art sind der diabetische und urämische Pruritus, wo nichtflüchtige Säuren in abnormer Menge in das Blut eindringen, und der gasförmig flüchtigen Kohlensäure das Alkali wegnehmen, also verminderte Alkalireserve des Blutes (hämatogener Pruritus).

Eine andere Form ist der Pruritus bei Kreislaufstörungen, so besonders bei Arteriosklerose, wobei es durch den ungenügenden Blutumlauf zu einer Kohlensäureanhäufung im Gewebe und über den Weg intermediärer, saurer Stoffwechselprodukte ebenfalls wieder zu einer Verminderung der Alkalireserve kommt (zirkulatorischer Pruritus).

Haben z. B. solche beginnende Fälle eine Alkalireserve an der unteren Grenze der Norm, z. B. 45 Vol.-%, dann wird die Verschiebung der Reaktion des Blutes und der Körpergewebe noch weiter nach der saueren Seite während des Schlafes das zeitlich in diesen Fällen ganz scharf fixierte Auftreten des Pruritus während der Nacht erklären, und die entscheidenden Versuche ENDRES, daß auch noch die Morphinwirkung eine starke Verschiebung der Blutreaktion nach der saueren Seite herbeiführt, beleuchten die so oft nutzlose Anwendung derartiger Schlafmittel. Damit hat die frühere Anwendung des Morphiums mit Bittermandelöl, das das Atemzentrum reizt, seine Berechtigung. Bei Kodein ist diese Kombination nicht nötig.

STRAUB u. a. haben die Jahresschwankungen der Alkalireserve festgelegt, und wenn man sich daran erinnert, daß in der Pathologie des Pruritus ähnliche Jahresschwankungen beobachtet werden (Pruritus hiemalis und aestivalis), so könnte man auch hier einen ursächlichen Zusammenhang mit den Blutveränderungen für wahrscheinlich halten.

Wenn also oft eine sorgfältige interne Untersuchung ohne weiteres nachweisbare Ursachen für den Juckreiz ergab, so haben wir im letzten Jahre ganz besonders die Fälle genauer analysiert, in denen sich die Diagnose „primärer Pruritus" auf bisher negative Feststellungen gründete.

Ich möchte im Rahmen des Vortrages nicht auf die ganze Stoffwechselbilanz dieser Fälle eingehen, sondern nur das Verhalten der Alkalireserve demonstrieren, die nach der Methode von VAN SLYK untersucht wurde.

Dabei zeigte sich unter 20 Fällen von solchem primären Pruritus, eine Verschiebung der Alkalireserve in 14, und zwar in 12 Fällen nach

Digitized by Google

der azidotischen und in 2 Fällen nach der alkalotischen Seite. Aber auch diese Fälle demonstrierten ihre Abhängigkeit von dem Säurebasengleichgewicht ganz eindeutig, da bei ihnen der Pruritus in einem ganz deutlichen Zusammenhang mit der physiologischen Alkalosis nach den Mahlzeiten auftrat. Unter den 12 Fällen von Hypokapnie war bei einigen nicht nur das Alkali beschlagnahmt, die Alkalireserve für CO_2 also vermindert, sondern auch das negative, sauere Chlorion war zur Kompensation der eingedrungenen Säure ausgeschieden worden, also jene bedeutende Leistung des Organismus, die auch HEILMEYER beschreibt. Der Körper ist hier imstande, unabhängig vom Natrium das Chlorion aus der Blutbahn zu entfernen, und wenn man sich nach den Arbeiten URBACHs daran erinnert, daß die Haut eines der wichtigsten Chlordepots darstellt, wird auch die klinische Demonstration derartiger Ionenverschiebungen ohne weiteres annehmbar. Nach der Behandlung mit Natriumbikarbonat stiegen Alkalireserve und Chlorspiegel wieder zur Norm an.

Da aber die genauen, zeitraubenden Ionen- und Gasbilanzen nur in der Klinik durchführbar sind, war es für eine schnelle Entscheidung, welcher Art die Störung des Säurebasengleichgewichtes in dem oder jenem Falle ist, notwendig, eine einfache, leicht durchführbare Funktionsprüfung des Säurebasengleichgewichtes zu finden bzw. seine Brauchbarkeit zu prüfen.

Wir haben schon erwähnt, daß die Art der zugeführten Nahrung zu den Regulationsmechanismen des Säurebasengleichgewichtes gehört, und die alte Erfahrungstatsache, daß Urtikaria durch sauere Speisen ausgelöst, durch Natriumbikarbonat und Vegetabilien günstig beeinflußt werden kann, die Säuretherapie des Ekzems usw. haben hier den einfachsten Weg gezeigt, den auch SCHREUS schon vorschlägt, den Organismus einfach eine Zeitlang zuerst alkalisch und dann sauer zu belasten.

Da bei uns jeder Hauskranke die ersten 3—4 Tage purinfreie Kost bekommt (wegen der Untersuchung auf NaCl, Rest-N und U im Blut), benutzen wir die darauffolgenden 3 Tage zur alkalischen Belastung, die wir einfach mit $NaHCO_3$ (etwa 25 g pro Tag) durchführen. Daraufhin folgt etwa 4 Tage lang sauere Belastung mit $CaCl_2$, Phosphorlimonade bzw. am besten mit Ammoniumchlorid (mindestens 6—9 g pro die).

Die exakteste Kontrolle des Ausschlages ist natürlich die Bestimmung der Alkalireserve, die der Belastungsform entsprechend verläuft, z. B. von 42 Vol.-% vorher auf 63, also ins Normale während der alkalischen Zeit, und auf 46 Vol.-% während der Azidosis zurück. Hier zeigt uns also die Kurve der Alkalireserve den therapeutischen Weg. Auch im Blutbild sind parallele Schwankungen nachweisbar, und zwar Leukozytenvermehrung und myeloische Tendenz bei Azidosis und Leukozytenabfall und lymphatische Tendenz bei Alkalosis. Das gleiche Gesetz der Abhängigkeit des Blutbildes vom Säurebasenhaushalt findet sich ja auch im Experiment der Salzsäurevergiftung und der Salmiakazidosis. Besonders auffällig ist dabei die Kurve der Eosinophilie, die mit der lymphatischen Tendenz der Parasympathikotonie, dem Vagusreiz, parallel geht. Doch möchte ich der Verschiebung und Zusammensetzung des Blutbildes vorläufig noch keine therapeutisch verwertbare Abhängigkeit vom Säurebasengleichgewicht zusprechen, es spielen hier doch noch zu viele andere Einflüsse eine

Digitized by Google

wesentliche Rolle, was auch HOFF hervorhebt. Aber der dankbarste und therapeutisch wertvollste Ausschlag wird die klinische Reaktion des Patienten sein, nach der man sich entscheidet, ob man alkalotisch oder azidotisch am einfachsten mit den Mitteln der Belastung oder parenteral über das vegetative System therapiert.

Aussprache: WINKLER-Berlin: Was die Beziehungen des Säurebasengleichgewichts anlangt, so mache ich darauf aufmerksam, daß CZERNY seit langen Jahren bei Urtikaria der Kinder, zumal Strophulus infantum, Acid. acet. 10,0:100,0 einen Teelöffel auf eine Tasse Himbeerwasser gibt.

TH. SCHREUS-Düsseldorf: Bezüglich der Methodik der Untersuchung des Säurebasengleichgewichts ist für eine Orientierung die Prüfung des Urin-Ph nach Bikarbonatinjektion ausreichend. Diese Methode gibt auch einigen Aufschluß über den Alkalihunger der Gewebe. Schwankungen im Säurenbasengleichgewicht sind eng verknüpft mit Schwankungen der aktiven Ionen und dem Zustand des vegetativen Systems. Es ist bisher nicht möglich, bei verschiedenen Dermatosen diese Zusammenhänge aufzuklären. In einigen Fällen kann man jedoch therapeutisch hier angreifen. Zur Methodik der Bestimmung des Blut-Ph im Serum ist klinisch die BALTINsche kolorimetrische Bestimmung der Gaskettenmethode gleichwertig. Eine größere Bedeutung wird der Säurebasenhaushalt vielleicht noch bei der Behandlung des Karzinoms erlangen.

SCHOLTZ-Königsberg: Da Störungen im Säurebasengleichgewicht bzw. der zugrunde liegenden Stoffwechselvorgänge möglicherweise zu Erkrankungen der Haut führen können und umgekehrt, habe ich auch in meiner Klinik von cand. med. H. SCHOLTZ ähnliche Untersuchungen wie der Vortragende ausführen lassen. Im wesentlichen haben wir uns allerdings auf Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration bei Standarddiät besonders nach Alkalibelastung beschränkt; wir sind bis jetzt aber noch nicht zu gesetzmäßigen Resultaten gekommen.

Herr **NOTHHAAS**-Hamburg: **Stoffwechselbefunde bei Psoriasis.**

Stoffwechseluntersuchungen an 19 Psoriasis-Patienten mit normalem Grundumsatz ergaben regelmäßig eine spezifisch dynamische Wirkung zwischen 16 und 21%. Die Befunde besagen, daß der Typ der Pykniker für die Psoriasis sehr disponiert ist. Bei einigen Patienten mit pathologisch gesteigertem oder herabgesetztem Grundumsatz und bei einer amenorrhoischen Patientin fanden sich ausfallende Werte der spezifisch dynamischen Wirkung (ausführlich erschienen in Med. Welt, 1928).

Aussprache: URBACH-Wien konnte bei Psoriatikern keine typischen Veränderungen des Gasstoffwechsels, insbesondere auch nicht der spezifisch-dynamischen Nahrungsmittelwirkung, feststellen.

FREUND-Berlin: Die von Herrn NOTHHAAS erwähnten histologischen Befunde bei Psoriasis, welche einerseits KYRLE, andererseits LIPSCHÜTZ beschrieben haben, habe ich an einer Reihe von Fällen nachgeprüft. Man kann sowohl Quellung und Austritt von Nukleolen als auch dunkel gefärbte „Binnenkörper" finden. Die Deutung dieser Befunde ist aber ganz ungewiß, die parasitäre Theorie läßt sich damit nicht beweisen.

ULLMANN-Wien: Die Frage über die Rolle von Hautparasiten in der Ätiologie der Psoriasis ist bis heute unentschieden. Es gibt für beide Auffassungen Vertreter von Namen. 1908 habe ich mich für eine Stoffwechselkomponente als dispositionellen Hauptfaktor bei Vorhandensein von ubiquitären Parasiten ausgesprochen (Physikalische Therapie der Hautkrankheiten; Enke, 1908). ZUMBUSCH vertrat auf Grund seiner Untersuchungen im LUDWIGschen Laboratorium die gegenteilige Auffassung. Die Sache bleibt auch bis auf die Gegenwart strittig. Ich aber glaube, daß sehr wohl beide Momente, Stoffwechsel wie Parasit, zu charakteristischen, fast universellen schweren wie auch so oft nur angedeuteten Hautveränderungen führen können. Einmal ist diese Stoffwechselkomponente überwiegend, einmal sehr gering, bei manchen Menschen auch periodisch zeitlich schwankend.

Digitized by Google

PULVERMACHER-Berlin: Die Annahme, daß die Psoriasis durch eine Störung im endokrinen Gleichgewicht zur Heilung gelangt, erscheint mir nicht bewiesen. Der Beobachtung, daß sie in der Gravidität abheilte, steht die gegenüber, daß sie sich in ihr verschlimmern kann. Gravidität bedeutet eine besondere Umwälzung im hormonopoetischen System, braucht aber dadurch zu keiner Störung zu führen, weil die Korrelation der anderen endokrinen Organe den Ausgleich herbeiführt. Ein häufiges Vorkommen der Psoriasis beim pyknischen Status wurde wohl beobachtet, aber nicht im Sinne der bedingten Abhängigkeit (vgl. GANS, STÜMPKE); aber auch bei Asthenischen kommt Psoriasis vor.

Herr **LUSTIG**-Meran: **Sind Pyodermien ohne strenge diätetische Behandlung heilbar?**

Die Auffassung, daß Erkrankungen der Haut vorwiegend im Zusammenhang mit abnormen Vorgängen im Gesamtorganismus beurteilt werden müssen, findet bei den Pyodermien ihre Bestätigung. Gicht und Diabetes, dann mit gewisser Einschränkung die Fettsucht und Nephritis, führen früher oder später zu mehr oder minder schweren Ernährungsstörungen der Hautzellen, wodurch deren Resistenz gegen das Eindringen pathogener Keime, also auch der Staphylokokken, eine Einbuße erleiden muß. Auf Grund einwandfreier Beobachtungen ist es mit Sicherheit feststehend, daß eine rein lokale Therapie wohl zur Besserung, aber nur in den seltensten Fällen zu dauernder Heilung führen kann, welche erst eintritt, wenn durch eine zweckmäßige Diät die Stoffwechsellage sich günstiger gestaltet und auch die Allergie der Hautzellen in eine Anergie übergeführt werden kann.

Herr **A. MEMMESHEIMER**-Bonn: **Experimentelle Untersuchungen über fokale Infektion und deren Bedeutung für die Dermatosen.**

Beziehungen zwischen fokaler Infektion und Hautkrankheiten (Ekzem, Alopecia areata, Herpes, Erythema induratum, Lichen ruber u. a.) wurden häufig vermutet und mit kasuistischen Beiträgen zu belegen versucht, niemals jedoch experimentell bewiesen. In Gemeinschaft mit SCHMIDHUBER (Universitäts-Zahnklinik) wurde deshalb bei 60 Patienten, bei denen bestimmte Krankheitsursachen nicht feststellbar waren, eine genaue Untersuchung der Mundhöhle mit röntgenologischer Untersuchung der Zahnwurzeln auf Granulome vorgenommen. In über der Hälfte der Fälle handelte es sich um chronische Ekzeme, bei denen andere Infektionsherde nicht in Betracht kamen. Bei diesen war der Prozentsatz der mit Granulomen behafteten Patienten um ein geringes höher als bei an anderen Hautkrankheiten leidenden oder nicht hautkranken Patienten. Mit den aus den Granulomen gezüchteten Erregern (Streptokokken, Professor HILGERS, Hygienisches Institut) wurden homologe und heterologe Versuche an Gesunden und Kranken sowie an Kaninchen angestellt. Im Kaninchenversuch konnte eine elektive Lokalisationsfähigkeit der Erreger im Sinne ROSENOWs nicht festgestellt werden. Die Versuche bezüglich Bakterizidie und Komplementbindung im Patientenserum und des Nachweises der Erreger selbst im Blute hatten in der allergrößten Zahl ein einheitliches oder sogar ein negatives Ergebnis. Der Nachweis zellständiger Antikörper (durch Intrakutaninjektionen) oder freier Antikörper (PRAUSNITZ-KÜSTNERscher Versuch) gelang nicht sicher. Jedoch hatte

Digitized by Google

in 4 von 15 Fällen die Entfernung der Granulome einen einwandfreien therapeutischen Dauererfolg. Eine Erklärung hierfür läßt sich aus den experimentellen Versuchen nur teilweise geben. Die therapeutischen Erfolge berechtigen zu weiteren Forschungen.

Herr T. BENEDEK-Leipzig: **Über experimentelle Schizosaccharomykose.**

Die experimentellen Untersuchungen über Schizosaccharomykose (Sch.), worüber ich hier kurz berichten möchte, liegen bereits zwei Jahre zurück. Sie verfolgten am Anfang allein den Zweck, die biologischen Eigenschaften des Schizos. hom. im tierischen Organismus näher zu studieren. Diese Untersuchungen, die in weiterer und fortlaufender Verfolgung der menschlichen und der experimentellen Spalthefemykose tiefgehende Einsichten in die Biologie des Erregers und in die ganze Pathogenese der Sch. gestatteten, habe ich mit gütiger Erlaubnis meines hochverehrten Lehrers und früheren Chefs, Herrn Prof. J. H. RILLE, im Laboratorium seiner Klinik ausführen dürfen. Es sei ihm auch an dieser Stelle für seine Unterstützung, ohne welche diese Untersuchungen nie hätten zustande kommen können, herzlichst gedankt.

Von der Fülle der experimentellen Ergebnisse möchte ich hier nur auf einige Grundfragen eingehen: 1. Ist die Spalthefe tierpathogen? 2. Wie verhalten sich die verschiedenen Infektionswege? 3. Was ist der histologische und serologische Ausdruck der Infektion? 4. Wieweit zeigen sich Parallelen bei der experimentellen Sch. mit der menschlichen Spalthefemykose?

Nach orientierenden Versuchen mit Ratten, Kaninchen, Meerschweinchen ist das letztere wegen der absolut feinen Ansprechbarkeit als das Versuchstier der Wahl für die weiteren Untersuchungen benutzt worden. Kaninchen sind gleich dem Meerschweinchen empfindlich, Ratten sind dagegen sehr widerstandsfähig, obwohl auch bei Ratten eine tödlich verlaufende Infektion vorkommen kann.

Meerschweinchen ist am rasierten und am kurz geschorenen Rückenfell perkutan, in der Inguinalgegend subkutan, ferner intraperitoneal geimpft worden. Zu der perkutanen Impfung ist eine junge, 2—4 Tage alte, 8%ige Glukoseagarkultur der Spalthefe verwendet worden, indem der Parasit auf das rasierte bzw. kurz geschorene Fell mit einem Glasstab bis zur Trockenheit eingerieben worden ist. Bei der subkutanen und intraperitonealen Infektion wurde eine 8—14 Tage alte, 5%ige Glukosebouillonkultur des Erregers benutzt (2—3 ccm, selten 5 ccm).

a) Bei der perkutanen Impfung zeigen sich entzündliche Veränderungen verschiedenen Grades in der Epidermis und im Korium. Bei genügend langer Einwirkung des Parasiten findet man stets degenerative Veränderungen (Verfettung) an den parenchymatösen Organen.

b) Bei der subkutanen Infektion dehnt sich der Prozeß sehr rasch aus. Gelegentlich kann sich der Impfherd durch einen mächtigen, adhäsiven Entzündungswall von der Umgebung abzuschließen versuchen. Unterhautzellgewebe, Fettgewebe und die Muskulatur zeigen schwere entzündliche Veränderungen. Der Prozeß kann sich nicht nur subkutan flächenhaft ausdehnen, sondern auch nach innen, und was noch viel be-

Digitized by Google

deutsamer ist, von innen nach außen durch das ganze Integument hindurch fortsetzen. Die ergriffene Hautpartie zeigt das histologische Bild des Ekzema seborrhoicum UNNA mit Parakeratose, Akanthose mitunter in exzessiver Form, Spongiose, inter- und intrazelluläres Ödem, Lipoidablagerung in der Intima und Adventitia der kutanen Gefäße, ferner als feinkörnige sudanofile Substanz im Str. corneum. Im Korium hochgradige Entzündung. In nach GRAM gefärbten Präparaten sieht man an der bezüglichen Stelle massenhaft den Schizos. hom. in kleinen Häufchen in der Kutis und auch in der Keimschicht. (Demonstration von Mikrophotogrammen von histologischen Schnitten.)

c) Bei der intraperitonealen Impfung beobachtet man adhäsive und exsudative Peritonitis mit Veränderungen verschiedenen Grades an den parenchymatösen Organen.

Sowohl bei der subkutanen als auch bei der intraperitonealen Infektion entsteht fast ausnahmslos eine allgemeine Durchseuchung des ganzen tierischen Organismus, so daß die Tiere letzten Endes an Spalthefesepsis bzw. an deren Folgen zugrunde gehen. Bei subkutaner und intraperitonealer Infektion stets positive Retrokulturen des Parasiten sowohl aus dem strömenden Blute (Herzpunktion), als auch aus den parenchymatösen Organen (Leber, Milz, Nieren) und sogar aus dem Urin (entnommen aus dem Nierenbecken). Bei perkutaner Impfung treten entzündliche Veränderungen nicht nur am Impfherd (positive Retrokulturen), sondern mehr oder minder hochgradige Veränderungen auch an den inneren Organen auf.

Sowohl in der ständigen Generalisierung einer subkutanen bzw. intraperitonealen Infektion, als auch in der Hervorrufung einer Entzündung und einer fettigen Degeneration müssen wir die besonderen spezifischen Eigenschaften der Spalthefe erblicken.

Diese Fähigkeiten der Erregers sind nicht ohne weiteres selbstverständlich. Auf Grund meiner früheren und jetzt laufenden Tierexperimente kann ich sagen, daß ich weder bei der experimentellen Sporotrichose (Sporotrich. lipsiense), noch bei der experimentellen Penicilliose (Penicill. bicolor), noch bei der experimentellen Blastomykose (Kryptokokken, Myzelhefen) — insofern meine Befunde sich auf ganz bestimmte Parasiten beziehen — weder eine Generalisierung des Prozesses nach subkutaner bzw. intraperitonealer Infektion noch eine fettige Degeneration beobachten konnte. Im Gegenteil konnte ich sogar feststellen, daß sich eine intravenöse Infektion, z. B. an bestimmten Organen der Bauchhöhle lokalisierte, ohne irgend welche Tendenz zur Generalisierung zu zeigen.

Bei allen Infektionsarten (perkutan, subkutan, intraperitoneal) treten schon recht frühzeitig, vom 3.—4. Tage an, spezifische Immunantikörper (komplementbindende, Agglutinine) im Blute auf. Durch Toxinlösung (Schizosaccharotoxin) kann man auch tödlich verlaufende Erkrankung bei subkutaner bzw. intraperitonealer Impfung verursachen. Die Tiere gehen meistens an einer fettigen Degeneration der parenchymatösen Organe ein. Sie antworten zugleich auf die Toxininfektion mit reichlicher Bildung spezifischer Immunantikörper. Organkulturen blieben hier stets steril.

Beim Meerschweinchen kann man also die Sch. als eine allgemeine, mykotische Infektionskrankheit des tierischen Organismus, analog der

Digitized by Google

menschlichen Spalthefemykose, auf verschiedenen Infektionswegen herbeiführen. Ohne eine im klinischen Bilde mit der menschlichen Sch. identische Form der Mykose bisher hervorrufen zu können, ließ sich das histologische Bild des Ekzema seborrh. UNNA nachweisen. Ganz besonders auffallend sind die Parallelen der histologischen Befunde an den Gefäßen der Kutis bei der experimentellen Sch. und bezüglich der Befunde von KREIBICH, KLARA FISCHER bei dem Ekzem seborrh. UNNA. Sie fanden namentlich auffallend viel Lipoid, insbesondere in den Kapillarendothelien. Ja, sogar ließ sich ganz spontan die Hypothese von KREIBICH, daß namentlich beim Ekzema seborrh. UNNA nicht nur eine Entzündung von außen nach innen, sondern eine solche von innen nach außen gerichtet vorhanden sein müßte, durch die histologischen Befunde auf Grund des Herganges der Infektion tatsächlich erweisen. Genau wie beim Menschen ruft die Sch. auch beim Meerschweinchen spezifische Immunantikörper hervor.

BRUHNS-Charlottenburg.

ENGELHARDT-Gießen: Versuche am Menschen, mit der BENEDEKschen Spalthefe ein dem seborrhoischen Ekzem ähnliches oder gleiches Krankheitsbild hervorzurufen, mißlingen. Unter 250 Fällen, bei denen die Züchtung versucht wurde, gelingt die Kultur in 25—26% (Primärkultur). Beide Versuchsergebnisse können weder als für noch gegen die Erregernatur sprechend angesehen werden.

RITTER-Hamburg: Ich möchte den Herrn Vortragenden fragen, wie er sich die Infektion mit Spaltpilzen beim chronisch-seborrhoischen Ekzem denkt? Ob von außen oder auf dem Blutweg von innen gewissermaßen auf die Haut projiziert?

UNNA jun. und KEIL-Hamburg: In der UNNAschen Klinik wurden an einem Material von 180 Pat., deren Hautaffektionen von vornherein den Verdacht einer Spalthefe-Infektion nahelegten, Untersuchungen über die Schizosacharomykosen durchgeführt. Es handelte sich im allgemeinen um Fälle des seborrhoischen Ekzems, speziell des Kopfes, um Sykosis und Rosazea. Bei diesen Affektionen konnte der Schizosacharomyces hominis Benedek in 60—65% der Fälle nachgewiesen werden. Die Kultur der Spalthefe auf dem BENEDEKschen 8%igen Glukoseagar ist einfach und ergibt durchaus zuverlässige Befunde, vorausgesetzt, daß die Herstellung des Nährbodens einwandfrei ist. Die BENEDEKschen Arbeiten bedeuten eine wesentliche Erweiterung und Vertiefung unseres Wissens von den mykotischen Erkrankungen der Haut.

BENEDEK (Schlußwort): Die experimentelle Übertragung der Spalthefemykose (Ekzema seborrh. UNNA) von Mensch zu Mensch (BRUHNS, ALEXANDER, ENGELHARDT), worüber B. demnächst ausführlich berichten wird, gelingt durch Reinkulturen der Spalthefe oder durch Krankheitsprodukte nur in seltenen Ausnahmefällen. Verantwortlich dafür ist die hochgradige Allergie des Organismus, die ein Haftenbleiben des Erregers bzw. das Angehen einer künstlichen Superinfektion verhindert. Analoge Verhältnisse finden wir bei dem Syphilitiker, der durch eine Scheinimmunität zwar gegen eine neuerliche, natürliche, äußere Infektion geschützt ist, nicht aber gegen die Wucherung der eigenen Spirochäten und gegen die dadurch bedingten Rezidive. Bezüglich der positiven Primärkulturen (ENGELHARDT-Gießen: 26%, KEIL-Hamburg [Klinik UNNA]: 60—80%) möchte B. betonen, um Mißverständnissen vorzubeugen, daß sich diese Zahlen von ENGELHARDT, KEIL lediglich auf eine erstmalige und einzige Kulturserie beziehen. Die Divergenz der Hundertsätze (ENGELHARDT: 26%, KEIL: 60—80%) läßt sich dadurch erklären, daß KEIL vorwiegend typische, ENGELHARDT dagegen auch atypische Fälle der Mykose untersucht hatte. Bei atypischen Fällen ist die Züchtung mitunter schwieriger mit einer einzigen Kulturserie, wodurch auch die erstmaligen positiven Ergebnisse schlechter werden. Bei systematischer Fortsetzung der Kulturversuche ist das Ergebnis stets positiv (100%). Was schließlich den Infektionsweg (RITTER-Hamburg) betrifft, ist folgendes zu sagen. Solange — in den ersten 2 Jahren — B. keine Blutkulturen gelangen, war B. darauf angewiesen, als den einzig möglichen Infektionsweg den von außen nach innen anzunehmen. Seitdem es aber B.

Digitized by Google

gelang, positive Blutkulturen der Spalthefe (z. Z. in 30% aller Fälle) bei allen Formen der Spalthefemykose zu erheben, muß ferner auch schon angesichts tierexperimenteller Befunde unbedingt angenommen werden, wie es KREIBICH hypothetisch bereits angenommen hatte, daß eine Entzündung bzw. ein Fortschreiten der Mykose auch von innen heraus auf dem Blutwege möglich ist. Den schönsten Beweis liefert dafür die Beobachtung bei der Pityriasis rosea (Schizosaccharomykid). B. gelang es nämlich, seit seiner vorläufigen Mitteilung über Schizosaccharomykid dreimal von vier weiteren Fällen der Pityriasis rosea gleichzeitig mit dem beginnenden Exanthem die Spalthefe aus dem Blute zu züchten. Die erstmalige Infektion erfolgt sicherlich nur von außen, die spätere Ausbreitung der Spalthefemykose kann dagegen sowohl von innen heraus auf dem Blutwege, als auch von außen her durch Autoinokulation erfolgen.

Herr **KADISCH**-Berlin-Charlottenburg: **Einige experimentelle mykologische Fragen.**

Als erste mykologische Frage möchte ich Ihnen über den Einfluß der Alkalität auf die Züchtung der pathogenen Hautkeime berichten. Bisher ist in den letzten Jahren die Alkalität der Nährböden in der Mykologie wenig oder gar nicht berücksichtigt worden. Eine einzige Arbeit, die von TAKENUCHI, beschäftigt sich mit dem Problem und kommt zu dem Ergebnis, daß die Farbstoffbildung bei schwach alkalischen Böden besser ist als bei den üblichen nicht alkalisierten. In 4%iger Maltosebouillon fand er üppiges Wachstum der 11 geprüften Keime bei pH = 4,3—8,1, insbesondere von 5,2—7,0. Ich habe 40 verschiedene Stämme auf Grütz-Glyzerin-Boden gezüchtet. Die Nährböden wurden mittels der MICHAELISschen Indikatorenreihe auf verschiedene Etappen der Alkalität zwischen 5,6 und 8,3 eingestellt. Die Alkalisierung fand durch Natronlauge, die Ansäuerung durch Essigsäure statt. Hierbei zeigte sich, daß jenseits von etwa 6,0 im sauren ein Wachstum bei keinem der 40 Stämme zu erreichen war. Dagegen war mehr oder minder starkes Wachstum von 6,0 bis 8,3 im allgemeinen zu bemerken. In diesem Wachstumsbereich zeigten sich jedoch Unterschiede. Nicht in allen Fällen waren diese auffallend deutlich. Bei der überwiegenden Mehrzahl der geprüften Keime war bei 7,4 bis 7,5, also im schwach alkalischen, stärkeres Wachstum, besonders in der ersten Zeit zu beobachten. In einigen Fällen waren ausgesprochene Optima vorhanden. Wenn man nun die Wasserstoffionenkonzentration der in der Mykologie üblichen Nährböden bestimmt, so findet man, daß diese für den SABOURAUDschen, POLLACCIschen, Grütz-Glyzerin- und Grütz-Malzboden sowie 3%igen Peptonboden zwischen 6,6 und 7,0 liegt. Meine Versuchsreihe auf Glyzerin-Grütz-Boden zeigt einwandfrei, daß man sich mit diesem sauren Boden ziemlich dicht an der sauren Wachstumsgrenze der pathogenen Hautpilze bewegt. Wenn sich an den Subkulturen, an welchen meine Beobachtungen gemacht wurden, auch ein absolut entscheidender Einfluß des sauren Milieus nicht nachweisen läßt, so ist doch zu vermuten, daß bei der Reinzüchtung vom menschlichen Organismus der saure Nährboden in manchen Fällen hinderlich sein könnte. Es ist daher empfehlenswert, daß man die in der Mykologie benutzten Nährböden durch Alkalisierung in die pH-Gegend von 7,2—7,4 bringt, denn nur in diesem Bereich befindet man sich in der Mitte der Alkalitätswachstumsbreite, welche für alle Keime eine günstige Voraussetzung bildet.

Anschließend an diese Untersuchungen habe ich auf dem gleichen Grütz-Glyzerin-Nährboden bei verschiedener Alkalität Subkulturen der

Digitized by Google

BENEDEKschen Spalthefe gezüchtet. BENEDEK hat bereits darauf hingewiesen, daß die Spalthefe auch auf den üblichen Nährböden in Subkulturen gut gedeiht. Hier ist man geradezu erstaunt, welchen Einfluß die Veränderung der Alkalität hat. Das Wachstum ist bei 7,4 wesentlich besser als bei 6,9.

Zweitens möchte ich Ihnen über eine Reihe von Tierversuchen berichten, welche einen gewissen Aufschluß darüber geben, welches das Schicksal von intrakardial injiziertem Pilzmaterial im Meerschweinchenkörper ist. Von einer virulenten Kultur von Achorion gypseum wurde im Mörser eine Suspension in Kochsalz hergestellt. Diese wurde schwach zentrifugiert und die sporenhaltige Flüssigkeit 16 Meerschweinchen intrakardial injiziert. Eins der Tiere erlag sofort der Injektion, ein zweites starb nach 10 Stunden; bei dem letzteren ließ sich bei der Sektion einwandfrei feststellen, daß es multiple embolische Infarkte hatte. Bei 5 der übrigen 14 Tiere wurde die Rückenhaut rasiert und geschmirgelt. 9 Tiere blieben unbehandelt. Im Intervall von 1—12 Tagen wurden die Tiere durch Entblutung aus der Karotis getötet, nachdem vorher durch Herzpunktion (2,5 ccm) eine Blutaussaat vorgenommen worden war. Die toten Tiere kamen 5 Minuten in 1%igen Sublimatspiritus und wurden dann mit physiologischer Kochsalzlösung unter sterilen Kautelen möglichst ausgiebig gewaschen. Mit dauernd gewechselten Instrumenten fand dann die Sektion statt. Stückchen der einzelnen Organe wurden auf Nährböden verteilt, und auf diese Weise konnte der Verbleib des Achorion gypseum im ganzen Körper studiert werden. Ich gebe Ihnen hier nur die Tabelle über die Zahl derjenigen Rohre, in welchen A. gypseum gewachsen ist; über die genaue Analysierung mit Berücksichtigung der steril gebliebenen Rohre und der Verunreinigungen wird mit anderen Versuchen an anderer Stelle berichtet werden. Sie sehen hieraus, daß der Nachweis der Pilze im Blut bei meiner Technik nur nach 24 Stunden geglückt ist. Von 48 Stunden ab sind die Pilze aus der freien Zirkulation verschwunden. In um so reichlicherem Maße tritt die Nachweismöglichkeit in den einzelnen Organen auf. Unter diesen sind einige, welche unzweifelhaft bevorzugt werden, nämlich Hirn, Niere, Milz und Hoden. Bei einem Tier waren die injizierten Pilze noch nach 12 Tagen reichlich nachweisbar, andererseits waren bei einem Tier nach 8 Tagen keine Pilze mehr zu finden. Es zeigt sich also, daß Achorion gypseum im Meerschweinchenkörper längere Zeit verbleibt, und zwar virulent, wie Tierversuche zeigten. Bei derart langer Nachweismöglichkeit in inneren Organen wird man sich die Frage vorlegen müssen, ob von dort aus irgendein Einfluß auf den späteren Krankheitsverlauf ausgeübt wird. Es ist denkbar, daß solche in den Organen lagernden Keime nach Wochen wieder in die freie Zirkulation gelangen und zu neuen Hauterscheinungen führen können.

Aussprache: ARZT-Wien: Die Frage, wann in der Blutbahn Pilze nachzuweisen sind, ist für die Pathogenese des allgemeinen Exanthems bei Pilzerkrankungen von Bedeutung. Wenn man sehr frühzeitig kultiviert, kann man, wie es FUCHS und mir bei der Mikrosporie gelang, evtl. ein positives Kulturergebnis erhalten.

SULZBERGER-New York: An der BLOCHschen Klinik habe ich vor etwa einem Jahre Versuche angestellt, die denen von Herrn KADISCH ähnlich waren — Meerschweinchen, welche intrakardial mit Achorion Quinckeanum infiziert waren, wurden nach verschiedenen Zeiten getötet und die Organe auf Pilze kulturell untersucht; die

Digitized by Google

verschiedenen Organe gaben bis zu 16 Tagen positive Kulturen —. Im Gegensatz zu den Befunden von Herrn KADISCH konnten wir aus dem strömenden Blute bis zu 16 Tagen post infectionem Pilze züchten. Wir haben von jedem Tier Blut durch Herzpunktion gewonnen und sehr zahlreiche Blutplattenkulturen angelegt (s. Arch. of Derm. a. Syph., im Druck).

Herren **KERL** und **URBACH**-Wien: **Über eine familiäre, lokale Lipoidose der Haut und der Schleimhäute.**

K. und U. berichten über eine bisher nicht bekannte Affektion, die bei 2 Schwestern beobachtet werden konnte (Eltern blutsverwandt). Erkrankung begann bei beiden Patientinnen bald nach der Geburt. Der Mutter fiel bei den Kindern, als sie 4 Wochen alt waren, die heisere Stimme auf. Reichliche Ausbreitung der Erscheinungen um das 10. Lebensjahr. Derzeit kleine gelbliche, derbe Knötchen, z. T. isoliert, z. T. gruppiert im Gesicht, Wangen, Stirn, besonders auch an den Augenlidern. Über dem Olekranon beiderseits plattenförmige Infiltration, am Rande sich auflösend in Einzelknötchen, die streifenförmig entlang der Ulna angeordnet sind, ebensolche, doch etwas blassere, warzenartige Knötchen besonders an den Seitenrändern der Finger. Im Bereich der Mundschleimhaut, Innenseite der Lippen, Unterfläche der Zunge, an der Wangenschleimhaut, am harten und weichen Gaumen ähnliche, derbe, kleine knötchenförmige Einlagerungen. Die laryngologische Untersuchung (WESSELY) ergab auch schwere Veränderungen im Bereich des Kehlkopfes, z. T. diffuse Verdickung, z. T. zirkumskripte Einlagerungen. Am stärksten verändert sind die Stimmbänder, die kugelige und ovaläre Schwellungen zeigen. Es wurde vorerst an Xanthome und an Naevus Pringle gedacht. Gegen erstere Diagnose spricht das Fehlen von Xanthomzellen, ferner konnte Doppelbrechung nicht konstatiert werden. Endlich fiel auch die Digitoninprobe negativ aus. Gegen Naevus Pringle spricht die Angabe der einen Patientin, daß die Knötchen im Gesicht, über den Händen sich z. T. im 20. Lebensjahr, z. T. nach einer Geburt rückgebildet hätten. Ähnliche Fälle wurden von WIELE aus der Klinik HAJEK beschrieben, jedoch hat es sich in diesen Fällen um hyaline Einlagerungen gehandelt. Bemerkenswert ist, daß bei beiden Patientinnen ein latenter Diabetes besteht. Die von URBACH angestellten Untersuchungen zeigten, daß die Einlagerungen aus Lipoideiweißverbindungen bestehen. Es handelt sich also um eine familiäre Lipoidose der Haut und Schleimhäute.

Herr **E. ZURHELLE**-Bonn: **Zur Berloque-Krankheit.**

Z. demonstriert als klinische und histologische Befunde bei experimentellen Untersuchungen über die Einwirkung von Kölnischem Wasser: 1. Dunkelbraune Verfärbung (Verschorfung) nach 24stündigem Auflegen von Russ. Eau de Cologne bei Malariaschweiß mit schwächer verfärbter Randzone (Übergangszone). 2. Exzision aus dieser Stelle (histologisch): Normale Haut, Übergangszone (ballonierende Degeneration und Parakeratose) und Nekrose mit Abhebung der nekrotischen Epidermis. 3. Einzelheiten der Übergangszone. 4. Körnelung der Epidermis im nekrotischen Teil. 5. Völlige Depigmentierung derselben Stelle nach 13 Tagen. 6. Exzision aus einem scharf begrenzten Erythem nach 16stündiger Ein-

Digitized by Google

wirkung von Russ. Eau de Cologne bei Malariaschweiß: nur mikroskopisch wahrnehmbare Bläschenbildung innerhalb der Epidermis. 7. Mehrere Präparate aus dieser Exzision mit deutlicher Pallisadenstellung der Keimschicht. 8. Klinisch deutliche Bläschenbildung auf einem zunächst aufgetretenen Erythem, 4 Tage nach Auflegen von Russ. Eau de Cologne bei Malariaschweiß. 9. Bräunliche Verschorfung 4 Tage nach Auflegen von Russ. Eau de Cologne sowie Pigmentierung an dieser Stelle drei weitere Wochen später.

Der Vortragende betont ausdrücklich, daß die schädliche Einwirkung nicht nur durch Kölnisches Wasser, sondern auch durch parfümierte Toilettewässer anderer Herkunft hervorgerufen wird.

Er demonstriert weiter die am 10. Tage der Erkrankung aufgenommene Photographie von dem Arm eines 57jähr. Mannes, der bei dunstigem Sonnenwetter Russ. Eau de Cologne auf die Stelle eines Insektenstiches am rechten Arm appliziert hatte und bereits nach 36 Stunden eine handflächengroße Entzündung bemerkte, die in den nächsten Tagen zu starkem Hitzegefühl und am achten Tage zur Ablösung der Epidermis an dieser Stelle führte; ferner Bilder eines 20jähr. Mädchens, das sich, als es den ganzen Tag im Sonnenbad zugebracht hatte, einmal mit Eau de Cologne bespritzt hatte. Nach 36 Stunden hatten sich erhabene Streifen gebildet, auf denen sich vom 4. Tage ab kleine Bläschen bildeten und Nässen entwickelte. Beides verstärkte sich nach einer Rudertour in der Sonne. Noch am 10. Tage stand die entzündliche Komponente der Affektion — kenntlich an lebhafter Rötung — stark im Vordergrunde.

Auch diese klinischen Beobachtungen sprechen für eine verschorfende Entzündung.

Ein Kollege sah nach brieflicher Mitteilung in 2 Monaten 7 Patienten mit Kölnisch-Wasser-Schädigung. Davon ließen sich 4 Fälle in ihrer Entstehung auf einen bestimmten Tag zurückführen, an dem bei 38° Celsius und 90% Luftfeuchtigkeit eine furchtbare Schwüle herrschte, die nachmittags zu einem Gewitter führte.

Aussprache: ESCHWEILER-Düsseldorf: Nach meinen eigenen Beobachtungen wird durch vorherige Einreibungen der Haut mit Lavendelspiritus und nachherige Bestrahlungen mit Finsenlicht eine überaus starke Pigmentierung erzeugt.

URBACH-Wien erwähnt einen von ihm in der Wiener Derm. Ges. (21. VI. 28) vorgestellten Fall von Benzin-Berloque-Dermatitis. Die Kranke hatte das durch Tintenstift verunreinigte Hinterhaupt stark mit Benzin gewaschen und sich dann dem Sonnenlicht ausgesetzt, worauf einige Stunden später am Rücken, wo das Benzin abgeflossen war, eine handschuhfingerförmige Rötung auftrat, die über 14 Tage, z. T. sich pigmentierend, bestehen blieb.

HOLLÄNDER-Bielefeld: Beobachtung eines Falles von Berloquedermatitis bei einer Pat., die sich mit Kalodermaseife gewaschen und dann sich starker Belichtung (Strandbad) ausgesetzt hatte. Meiner Ansicht nach können solche Berloquedermatitiden nicht nur nach Eau de Cologne auftreten, sondern auch nach Anwendung anderer Stoffe.

RILLE-Leipzig weist auf eine von ihm 1905 gemachte Beobachtung hin, wo durch ½%igen Salizylspiritus der Berloquedermatitis ähnliche Erscheinungen hervorgerufen wurden. Er glaubt, daß die schädigende Komponente des Kölnischen Wassers im wesentlichen im Bergamottöl besteht.

RITTER-Hamburg: Wir haben an meiner Klinik im letzten halben Jahre etwa 10 Fälle von Berloquekrankheit beobachtet, die alle auf die Anwendung von 4711 zurückzuführen waren.

E. HOFFMANN-Bonn erwähnt besondere Empfindlichkeit von stark schwitzender Frauenhaut, die nach Abwischen morgens mit Kölnischem Wasser dunkle Färbungen bekam.

Digitized by Google

ZURHELLE (Schlußwort): Sicherlich spielt beim Zustandekommen der Kölnisch-Wasser-Schädigung der Schweiß eine große Rolle. Auch nach reinem Alkohol konnte bei Empfindlichen eine Entzündung beobachtet werden, falls Schweißbildung vorhanden war. Der Zusatz von Harzen scheint die Wirkung zu verstärken.

Herr **P. WICHMANN**-Hamburg: **Über zelluläre Abwehrvorgänge in der menschlichen Haut bei Superinfektion mit Tuberkulose.** Mit 7 Abbildungen.

Die KOCHschen Meerschweinchenversuche haben merkwürdigerweise wenig Nachprüfungen durch histologische Untersuchungen erfahren. LEWANDOWSKY[1]) war der erste, der solche am Meerschweinchen vornahm, ihm folgten JAFFÉ und LÖWENSTEIN[2]). LEWANDOWSKY sieht beim superinfizierten Tier eine veränderte Reaktionsweise, JAFFÉ und LÖWENSTEIN fassen den Prozeß der Reaktion auf erfolgte Superinfektion lediglich als verstärkte Reaktionsbereitschaft auf. In beiden Arbeiten wird die Reaktion als eine exsudative Entzündung mit polynukleären Leukozyten dargestellt, wobei eine phagozytäre Eigenschaft der letzteren angenommen werden darf, doch liegt beim tuberkulösen Tier, wie JAFFÉ und LÖWENSTEIN hervorheben, der Schwerpunkt nicht in der Phagozytose, sondern in der raschen Elimination des ganzen Infektionsgebietes. G. TÖPPICH[3]) hat diesbezügliche Untersuchungen an Meerschweinchen und Kaninchen durch Infektion der Lungen vorgenommen. Er kommt zu dem Schlusse,

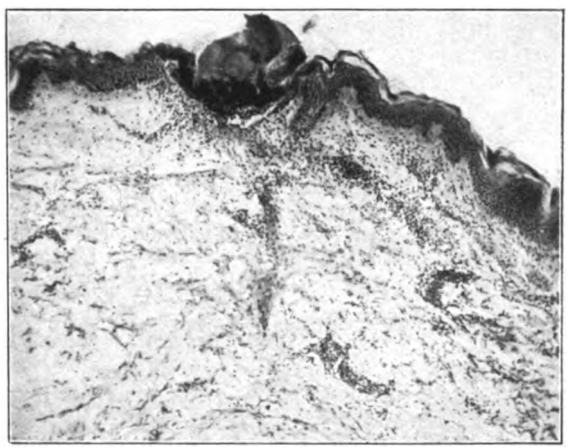


Abb. 1. Leitz-Oc. 3, Obj. 3. E. Impfherd auf linkem Oberarm durch intrakutane Injektion mit 200000 Keimen (leb. virul. Tbc.) gesetzt, nach 24 Stunden exzidiert. Plasmazellenfärbung. Epithel mit geringem Ödem, deutliche Erweiterung zu Lymphspalten um Kapillaren, die mit Lymphozyten angefüllt sind. Emigration der letzteren. Keine Plasmazellen, wenig mononukleäre und polynukleäre Leukozyten

[1]) Die Tuberkulose der Haut. Julius Springer, Berlin 1916. — [2]) Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1922, Bd. 50. — [3]) Krankheitsforsch., 1926, Bd. 2.

Digitized by Google

daß die Abwehrvorgänge bei normalen und tuberkulösen Tieren morphologisch die gleichen sind. Zunächst erscheinen innerhalb einer Stunde

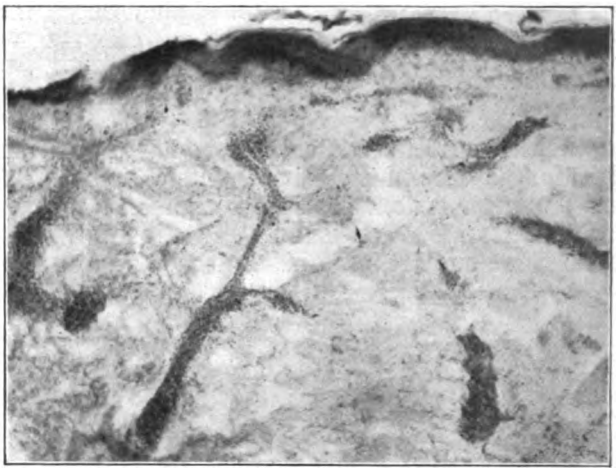


Abb. 2. Leitz-Oc. 3, Obj. 3. H. Impfherd in gleicher Weise gesetzt, nach 48 Stunden exzidiert. Plasmazellenfärbung. Ödem des Epithels, Lymphspalten und Kapillaren erweitert, strotzend mit Lymphozyten gefüllt, deren Emigration deutlich ist. Keine Plasmazellen. Wenig mononukleäre und polynukleäre Leukozyten

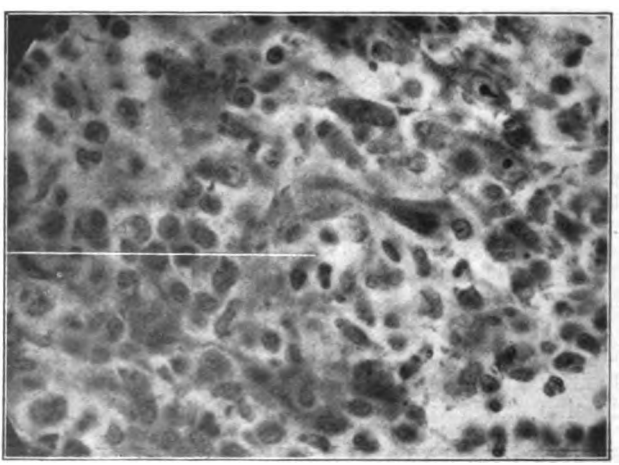


Abb. 3a. Leitz-Oc. 3, Ölimmersion. Sch. Impfherd in gleicher Weise gesetzt, exzidiert nach 72 Stunden. Plasmazellenfärbung. Aus der Wand des zentral gelegenen Gefäßes wächst eine keulenförmige Zelle heraus. Gegenüber Wucherung an der äußeren Gefäßwand. Im Lumen (L) polynukleäre Leukozyten. Wenig Plasmazellen im Gewebe.

Zellen vom Typ der großen Mononukleären und Übergangsformen, die einzelne Bazillen phagozytieren. Die gleichen Zellenformen finden sich

Digitized by Google

auch innerhalb der Kapillaren neben gequollenen und mit spindeligen oder längsovalen Kernen versehenen Endothelien. Oft stecken diese

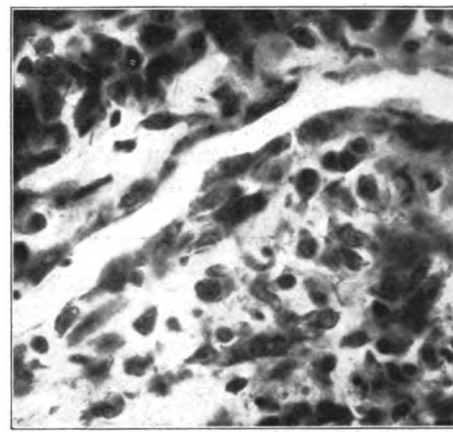


Abb. 3b

Leitz-Oc. 3, Ölimmersion. Schn. Impfherd in gleicher Weise gesetzt, exzidiert nach 72 Stunden. Plasmazellenfärbung. Gefäß im Längsschnitt. Beginnende Wucherung in der Gefäßwand, polynukleäre Leukozyten

Zellen in der Kapillarwand selbst. TÖPPICH bezeichnet solche Bilder als Durchgangsbilder und hält diese Zellen für umgewandelte Endothel-

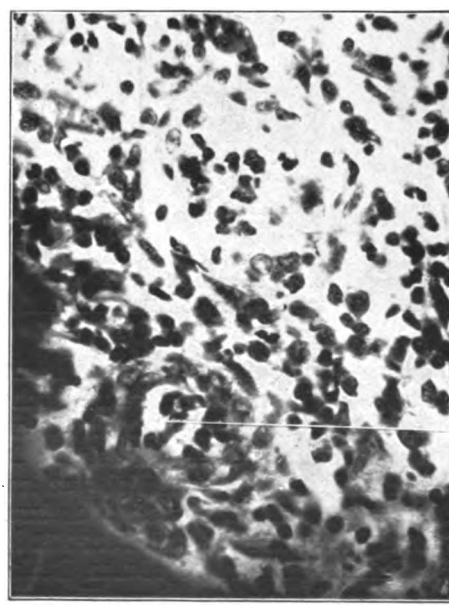


Abb. 4

Zeiß-Oc. 3. M. Impfherd in derselben Weise gesetzt. Exzision nach 96 Stunden. Plasmazellenfärbung. Starke Wucherung von der Gefäßwand und Intima ausgehend. Im Lumen (L) polynukleäre Leukozyten, die neben Lymphozyten auch im Gewebe verstreut sind

zellen. Eine halbe Stunde nach Beginn des Versuchs etwa sind die Kapillaren durch Quellung der Endothelien und spätere Umwandlung dieser Elemente für immer verschlossen. Die Zellen können daher seiner Meinung nach aus dem Blute nicht stammen. Die Mononukleären und Über-

Digitized by Google

gangsformen wandeln sich nun im weitern Verlauf in polynukleäre Leukozyten um, welche im Sinne MARCHANDS und HERZOGS als sogenannte endotheliale Leukozyten anzusprechen sind. Die Zellabwehr gegen die Tuberkelbazillen geht also nach den Untersuchungen TÖPPICHS von den Endothelzellen der Kapillaren bzw. auch von deren adventitiellen Zellen aus.

Für die menschliche Haut liegen derartige Untersuchungen, die die morphologischen Verhältnisse bei der Superinfektion näher studiert hätten, nicht vor. Solche konnten naturgemäß nur angestellt werden, wenn eine Methode gegeben war, die durch Verwendung von in ihrer Virulenz abgestuften lebenden Tuberkelbazillen etwa zum Zwecke der therapeutischen

Abb. 5a

Leitz-Oc. 3, Obj. 3. Impfherd intrakutan gesetzt mit 200000 Keimen leb. virulenter Tbc., exzidiert nach 72 Stunden. Hämatoxylin-Eosin, starke Lymphozytose, vereinzelte polynukleäre Leukozyten und Plasmazellen

Impfung eine Gefährdung der Patienten ausschließen würde. Ich[1]) habe über den klinischen und histologischen Ablauf von intrakutan gesetzten Superinfektionen dieser Art bereits eingehend berichtet und dabei betont, daß der Ablauf der Superinfektion in der menschlichen Haut qualitativ der Primärinfektion parallel verläuft, daß also im Gegensatz zu der LEWANDOWSKYschen und übereinstimmend mit der Auffassung von JAFFÉ, LÖWENSTEIN und TÖPPICH lediglich eine Verstärkung der durch die Primärinfektion gegebenen Reaktionsweise festgestellt werden kann. Allerdings konnte ich diesen Untersuchungen nur die Spätreaktionen zugrunde legen, was aber der prinzipiellen Beurteilung der Reaktionsweise keinen Abbruch tun dürfte. Es sind in diesen Befunden auch die sehr

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph., 1928, Kongreßbericht der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Digitized by Google

verschiedenartigen mannigfachen Reaktionsweisen bekanntgegeben worden, die des öfteren den Charakter der Demarkation und Abstoßung zeigen, im übrigen alle Formen der exsudativen und produktiven Entzündung aufweisen.

Gegenüber diesen Befunden der Spätreaktion blieb die Frage offen, welche Zellen zuerst den Kampf mit den Tuberkelbazillen aufnehmen.

Es wurden daher die mit 200000 Keimen zu therapeutischen Zwecken intrakutan angelegten Impfungen nach 24, 48, 72 und 96 Stunden bei je 1 Patienten exzidiert, fixiert und histologisch in Schnittpräparaten nach Färbungen mit Hämatoxylin-Eosin, VAN GIESON, PAPPENHEIM

Abb. 5b

Leitz-Oc. 3, Obj. 3. Impfherd in gleicher Weise und mit Zusatz von Alttuberkulin angelegt, exzidiert nach 72 Stunden. Hämatoxylin-Eosin, ungleich stärkere Lymphozytose. Die Kapillaren strotzend angefüllt mit Lymphozyten

untersucht. Es glückte uns nicht, Tuberkelbazillen im Schnitt mit den üblichen Färbemethoden nachzuweisen, wodurch es leider nicht möglich wurde, über die phagozytäre Eigenschaft der Zellformen etwas auszusagen. Offenbar liegt das an dem Umstande, daß im Verhältnis zum Tierversuch hier doch nur eine geringe Menge von Bazillen einverleibt wird. Auch ist an einen teilweisen schnellen Abbau zu denken.

Es ergab sich nun bezüglich der Frühreaktion folgendes:

Schon 24 Stunden nach erfolgter Impfung sieht man eine starke Injektion der Kapillaren, die mit Lymphozyten, vereinzelten großen mononukleären Leukozyten angefüllt sind. Plasmazellen finden sich nicht, polynukleäre Leukozyten nur in wenigen Exemplaren vor (Abb. 1). Nach 48 Stunden sind die Kapillaren strotzend mit Lymphozyten angefüllt, das Zellverhältnis bleibt im übrigen dasselbe. Eine Emigration ist deutlich (Abb. 2). Nach 72 Stunden zeigen sich polynukleäre Leukozyten im ver-

Digitized by Google

mehrten Maße. Jetzt aber beginnen auch in der Intima sowie in der Gefäßwandung Wucherungsprozesse, die eine auffallende Ansammlung von Zellen dieser Provenienz in der Umgebung der Gefäßwände verursachen (Abb. 3a und b). Zuweilen ist in der Kutis eine kleine Ansammlung epithelioider Zellen bemerkbar. Diese Verhältnisse werden nach 96 Stunden noch auffallender (Abb. 4). Wurde zum Impfmaterial ein Zusatz von Alttuberkulin hinzugefügt, so trat eine erhebliche Steigerung der Lymphozytose auf (Abb. 5a und b).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß — entsprechend den tierexperimentellen Versuchen TÖPPICHS — in der menschlichen Haut an der Abwehr der erfolgten Superinfektion neben den Lymphozyten, den polynukleären Leukozyten die Endothelzellen und adventitiellen Zellen beteiligt sein müssen. Ein Übergang von Endothelzellen in polynukleäre Leukozyten konnte nicht festgestellt werden. Es handelt sich somit bei diesen Frühreaktionen um exsudative und produktive Entzündungen. Eine Frühreaktion in Form einer Demarkation und Abstoßung haben wir in diesen Fällen histologisch und klinisch überhaupt nicht, bei den übrigen, über 70 betragenden intrakutan gesetzten Superinfektionen nur ausnahmsweise feststellen können. Öfters wurde diese Reaktionsform, wie oben hervorgehoben, bei Spätreaktionen beobachtet. Offenbar liegt dies an der ungleich geringeren Bazillenzahl, die im Vergleich zum Tierexperiment einverleibt wird, sodann an der Art der Einverleibung, die hier intrakutan geschieht, während LEWANDOWSKY durch Skarifikation in die obersten Hautschichten einimpfte.

(Schluß folgt in Nr. 50)

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE. Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. FRITZ CALLOMON, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 50 (Bd. 87) 15. Dezember 1928

OFFIZIELLER BERICHT DER 90. VERSAMMLUNG DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NATURFORSCHER UND ÄRZTE IN HAMBURG 1928

ABTEILUNG DERMATOLOGIE

(Schluß)

Sitzung Freitag, den 21. September 1928, 9 Uhr

Ehrenvorsitz: Herren RIECKE, ULLMANN, JULIUSBERG, PINKUS

Herr LEVY-Maastricht: **Über BUCKY-Grenzstrahlen in der Dermatologie.**

Es war auf dem zweiten internationalen Radiologenkongreß in Stockholm, als sich zwischen Dr. BRUNNER aus Warschau und meiner Person eine lebhafte Diskussion entwickelte über die Grenzstrahlentherapie. Herr Dr. BRUNNER behauptete kurz und gut, die Bucky-Strahlen (B.S.) seien gefährlich, und den X-Strahlen in keinem Falle überlegen, ja, er warnte sogar vor der Gefahr bei dem Gebrauch von B.S. Demgegenüber standen ALMKVIST-Stockholm, KIRSCH-Jena und ich, die behaupteten und beweisen konnten, daß die B.S. den X-Strahlen in mehreren Fällen wohl überlegen waren, und BUCKY, der zum Schluß auch noch einige Worte sprach, sagte sehr ad rem: „Wenn auf der einen Seite Optimismus, auf der anderen Pessimismus herrscht, dann muß etwas daran sein." Ich werde heute versuchen zu beweisen:

a) Die Gefährlichkeit der B.S. ist nicht bewiesen.

b) Die B.S. sind den Röntgenstrahlen in manchen Fällen überlegen.

Im Jahre 1896 wandte FREUND zuerst die Röntgenstrahlen als therapeutisches Mittel an. In den ersten Jahren waren es speziell die Hauterscheinungen, worauf sich das Interesse konzentrierte, und erst auf Grund der Arbeiten von KIENBÖCK, HOLZKNECHT, FRIEDRICH u. a. wurde die Tiefentherapie als Heilmittel angewandt. In der Dermatologie wurde früher und auch noch jetzt gearbeitet mit Spannungen von etwa 60—70 KV. Nach ROST beträgt die Energieabnahme in 3 mm Tiefe für ungefilterte Strahlen nur 10%. Es ist merkwürdig, daß die amerika-

Digitized by Google

nischen Dermatologen ohne Filter arbeiten; wir müßten doch annehmen, daß bei der Bestrahlung ohne Filter eine gewisse, und zwar eine beträchtliche Menge der weichen Strahlung in den obersten Hautschichten absorbiert wird. Aber das Merkwürdige ist, daß in Amerika ebensowenig Schädigungen gesehen werden wie bei uns, so daß wir es mit einer reinen Dosierungsfrage, die in früheren Jahren nicht gelöst werden konnte (Inkonstanz der Röhre usw.), zu tun haben.

Es war FRANK SCHULTZ und sein Mitarbeiter ZEHDEN, welche im Jahre 1910 die ersten Publikationen über sogenannte „überweiche Röntgenstrahlen" veröffentlichten. SCHULZ wandte Strahlen an von einer Härte von 1—1,5 Wehneltgraden. Im ganzen waren 30 Fälle behandelt. In den meisten Fällen trat Reaktion der Haut 2. Grades auf. Nach Abklingen der Reaktionen Hautatrophie. 60% der Fälle nach längstens 3 Jahren Teleangiektasien. Ulzera waren nie beobachtet worden. ZEHDEN unterscheidet bei dieser überweichen Strahlung 3 Grade von Reaktionen:

1. Grad: Leichte Rötung, am 3. Tag leichte Schuppung, geringe Depigmentation. Nach 1—20 Wochen Restitutio.

2. Grad: Blasenbildung nach 2—8 Wochen, Blasen nach 1—3 Wochen geheilt.

3. Grad: Ulzeration. 3—4 Wochen nach der Bestrahlung. Diese Geschwüre sind jedoch ganz andere wie die Röntgenverbrennungen. Sie sind mit hellgelben Krusten bedeckt und haben keine Neigung größer zu werden. Nach 8 Tagen tritt Heilung ein.

STERN in New York arbeitete im Jahre 1910 mit überweichen Strahlen, erhielt aber dieselben Schädigungen wie SCHULTZ und ZEHDEN, und auch WETTERER, HOLZKNECHT und andere Röntgenologen verurteilten die Methode ohne zu bedenken, daß vielleicht ein Dosierungsfehler vorlag.

Es ist das Verdienst BUCKYs gewesen, hierauf hinzuweisen und die überweiche Strahlung als therapeutisches Heilmittel in die Dermatologie einzuführen.

Warum hatten SCHULTZ u. a. solch schlechte Resultate? SCHULTZ arbeitete fast ausschließlich mit Induktorapparaten und mit Ionenröhren. Es war darum praktisch unmöglich, die Spannung an der Röhre konstant zu halten. Hierin liegt nun die Gefahrenquelle bei den Versuchen von FRANK SCHULTZ. Die Röhre könnte härter werden, und zwar so hart, daß die gefürchteten Verbrennungen auftreten. Für eine gefahrlose Bestrahlung mit B.S. ist also eine konstante Spannung unbedingt notwendig. Dazu kommt noch, daß das Glasfenster der Röntgenröhre die überweiche Strahlung absorbiert. Hält man bei B.S., erzeugt bei 9 KV., einen Bariumplatinzyanürschirm unter die Röhre, so leuchtet der Schirm nicht auf. Das heißt also, daß das Glasfenster an sich schon als Filter wirkt. Daher arbeitete BUCKY mit Röhren von der Firma C. H. F. Müller in Hamburg, und zwar mit einer Glühkathodenröhre mit Lindemannfenster. Im Vergleich zum Lindemannfenster wirkt die gewöhnliche Glaswand etwa wie ein sehr dünnes Filter. Bei 9 KV.-Spannung leuchtet ein Bariumplatinzyanürfilter unter einer Röhre mit Lindemannfenster auf.

Diese Strahlen, welche zwischen 5 und 12 K.V. erzeugt wurden, nannte BUCKY „Grenzstrahlen", weil sie, sowohl biologisch als physikalisch, zwischen Röntgenstrahlen und Ultravioletttstrahlen stehen.

Digitized by Google

Das gute Resultat mit B.S. ist abhängig von einer guten Technik. In diesem Zusammenhange möchte ich hervorheben, daß die Wirkung von B.S. auf gesunde Haut eine ganz andere ist wie auf eine veränderte Haut, z. B. Ekzem.

Ein Ingenieur ließ sich die Haut seines Unterarms bestrahlen mit dem Weichstrahlenapparat, und zwar bei 9 KV. eff. 10 MA. während 4 Minuten bei 10 cm FH. Nach 8 Tagen entwickelte sich ein Erythem, nach 16 Tagen ein schmerzvolles Ulkus, nach 10 Wochen Heilung unter leichter Hautatrophie.

Nun wird auf meiner Station regelmäßig mit diesen Werten gearbeitet, und bei einem Material von wenigstens 100 Fällen wurde bis jetzt noch keine Schädigung von uns beobachtet. Auch BUCKY, der über 700 Fälle verfügt, G. W. UNNA mit mehreren tausend Fällen, KIRSCH aus Jena mit 1000 Fällen, die Klinik von MENDES DA COSTA in Amsterdam, die auch ein bedeutendes Material hat, sahen nie etwas, das auf Schädigung der Haut schließen ließe. Ich habe an meiner Abteilung ausgedehnte Untersuchungen vorgenommen.

Meerschweinchen wurden mit UNNAs Depilatorium epiliert und bestrahlt. Ich bestrahlte 15 Tiere, und zwar von 1—25 Minuten bei 9 KV. eff. 12 MA., FH. 10 cm. Nach 4 Wochen wurden die bestrahlten Hautstückchen exzidiert und in 10%iger Formalinlösung aufbewahrt. Ich sah keine Epilation, nur bei den Tieren, die 10 Minuten und länger bestrahlt waren, leichte Schuppung, welche nach 3 Tagen wieder verschwand. Die Hautstückchen wurden zum pathologischen Institut von Prof. DEELMAN nach Groningen geschickt, um untersucht zu werden. Ich sage Prof. DEELMAN für seine Liebenswürdigkeit und seine schönen Präparate an dieser Stelle herzlichen Dank. Nach einiger Zeit kam Bericht, daß keine typischen Veränderungen gefunden waren.

Warum nun die Gegner von B.S. von Spätschädigung auf Grund von Tierversuchen sprechen, ist mir nach diesen Untersuchungen nicht klar. Ich persönlich glaube nicht an die große Gefährlichkeit, und ich befinde mich in Übereinstimmung mit namhaften Autoren. So z. B. zitiere ich WYKERT von der Amsterdamer Universitäts-Hautklinik, ALMKVIST aus Stockholm, KIRSCH aus der Jenaer Hautklinik, UNNA aus Hamburg.

Die biologischen Eigenschaften der B.S. sind noch merkwürdiger. Sie üben auf den Gesamtorganismus einen Einfluß aus. Nach BUCKY sieht man nach Bestrahlung mit B.S. einen peripheren Leukozytensturz von 20—30%. Auf meiner Station wurden bei 4 Personen (A, B, C, D) die Leukozyten gezählt nach einer Bestrahlung von 9 KV., 12 MA., 10 cm FH. während 1 Minute auf einer Oberfläche von 2 ccm. Die Ergebnisse von BUCKY wurden bestätigt.

Der Leukozytensturz betrug bei A 17%, B 22%, C 24%. D 27%.

Man kann dies zwanglos erklären durch einen Reiz von den oberen Hautschichten in den sympathischen Bahnen, welche Gefäßerweiterung erzeugen von den durch den N. splanchnicus innervierten Gefäßen. Weiter berichtet BUCKY noch über günstige Erfolge bei Schmerzen bei Ulkus ventriculi, wobei willkürliche Hautzonen bestrahlt wurden; er behandelte mit günstigem Erfolg 2 Kranke mit Polyzythämie und einen Fall von Myxödem.

Digitized by Google

Wie gesagt, hängen die guten Resultate in der Behandlung mit B.S. ab von der Technik. Wir arbeiten mit dem „Weichstrahlenapparat der Firma Sanitas zu Berlin", nachdem natürlich der KV.-Messer genau geeicht wurde, und zwar bei 9 KV. eff. 10 MA., FH. 10 cm. Nur die Zeiten wechseln nach den Krankheiten.

Mein erster Fall war ein außerordentlich merkwürdiger. Er betraf meine Hauptassistentin, welche ein hartnäckiges Ekzem der Lippen und Knie hatte, bei dem alle Behandlungen versagten. Sie wurde bestrahlt mit B.S., und zwar an einem Sonnabend während 4 Minuten. Sonntag leichte Schuppung, Dienstag keine Spur von Ekzem mehr übrig und bis jetzt (etwa 12 Monate) nicht rezidiviert.

Ich bestrahlte: Pruritus ani, Eczema verrucosum, Eczema, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Kankroid, Psoriasis, Herpes zoster.

Am besten reagierten: Pruritus ani und vulvae, Lupus und Herpes zoster, gar nicht Psoriasis. Im ganzen sah ich auf 100 Fälle in 60% Heilung.

Zum Schluß möchte ich noch folgendes bemerken:

Unsere Arbeitsmethode war eine empirische und natürlich wie jede empirische, nicht exakt, weil die zu verabreichende Dosis nicht gemessen wurde. Nach OLGA MANNHEIMER ist es klar geworden, daß die R.-Einheit die beste Dosierungseinheit für B.S. ist. BUCKY selbst hat ein Instrument hergestellt, womit man einfach die Dosis in R. messen kann.

Aussprache: BUCKY-New York: Die Meinungsdifferenzen sind meines Erachtens zurückzuführen auf die angewandte Technik. Die Schuld daran schiebe ich mir selbst zu, da ich erst jetzt in meiner Broschüre exakte Dosen angegeben habe. Die Gründe für die Verzögerung habe ich in dem Büchlein ausgeführt. Im Vordergrund des Interesses steht jetzt die Frage der Spätschädigungen. Meine ersten Publikationen sind insofern mißverstanden worden, als man aus dem Ausdruck „praktisch gefahrlos" herausgelesen hat, daß eine Gefahr überhaupt nicht bestehe. Ich habe aber in einem Artikel in der M. m. W. im vorigen Jahre dargelegt, daß ein Mittel wirkungslos sein muß, wenn es nicht in entsprechend gesteigerter Dosis schädigend wirkt. Man kann Teleangiektasien mit Grenzstrahlen erzeugen, wenn man die Absicht hat, resp. wenn die angewandte Technik entsprechend ist. Ich habe an meinem Arme absichtlich Teleangiektasien erzeugt, mußte aber dazu eine etwa 14fache therapeutische Dosis anwenden. Das zeigt, daß wir wohl mit einem etwa 10fachen Sicherheitsfaktor bei der Grenzstrahlentherapie rechnen können. Die alleinige Dosierungstechnik für Grenzstrahlen ist zur Zeit die ionometrische Messung. Ich weiß, daß die Dermatologen nur ungern vom Sabouraud-Noiré abgehen werden; vielleicht wird mancher sagen, daß er lieber bei den Röntgenstrahlen bleiben werde, statt die etwas schwierigere Ionometermessung aufzunehmen. Wir haben aber röntgenrefraktäre Fälle durch Grenzstrahlen geheilt. Da ferner das Bessere der Feind des Guten ist, stehe ich auf dem Standpunkt, daß auch die Dermatologie zur Ionometerdosierung übergehen muß.

RITTER-Hamburg: Ich gebe Herrn BUCKY durchaus recht, wenn er sagt, daß die Dermatologen den Übergang vom Ionenrohr zur gasfreien Röhre mitmachen müssen. Die Beweisführung des Vortragenden über die Unschädlichkeit der Grenzstrahlen genügt mir nicht. Erstens einmal ist die Zeit der Beobachtung zu kurz, und zweitens ist in all den Fällen nicht angegeben, welche Feldgröße bestrahlt worden ist.

Die Feldgröße spielt bekanntlich wegen der Streustrahlung eine große Rolle. Ich habe jetzt an zahlreichen Versuchen nachgewiesen, daß man bei einem Feld von 1 cm die fünffache Dosis der sonst üblichen Maximaldosis ohne Schädigung geben kann.

Ich möchte die Warnung von HANS MEYER auf dem Bonner Kongreß wiederholen und vor allzu großem Optimismus bezüglich der Ungefährlichkeit der Grenzstrahlen warnen, besonders in Rücksicht und in Erinnerung der FRANK-SCHULTZschen Ära.

Digitized by Google

KIRSCH-Jena: Gute Erfolge. Zum Beweis Demonstrationen eines Bildes von Lupus vulgaris. Zum Vorwurf der Gefahrenmöglichkeit: Uns sind keine Schädigungen seit 2 Jahren bekannt, auch in den Fällen, wo wir Ulzerationen erzeugt hatten. Allerdings ist es nicht gleichgültig, mit welchen Spannungen und Abständen man arbeitet. Wir arbeiten mit 9 KV. max. Die Abstände liegen zwischen 0,2 und 5 cm. Wir geben bei Lupus bis zu 10 000 R. pro Sitzung, betonen aber, daß wir höchstens 9 KV. max. geben und nicht weiter als 0,2 vom Röhrenfenster weggehen, da die Strahlung schon durch die Luft gefiltert und gehärtet wird. Es ist anzunehmen, daß sich bei stärkster Überdosierung Schädigungen erzielen lassen können, aber wir haben wohl nie nötig, bei unseren therapeutischen Maßnahmen in diesen Bereich zu kommen, da der Erfolg bei weit niedrigeren R.-Mengen liegt, als die, die im Gefahrbereich liegen könnten. Gute Erfolge bei dem bisherigen Röntgentherapiegebiet bei Ekzem, Psoriasis, Neurodermitis usw. Hier geben wir etwa 2,5 cm 230—450 R. pro Sitzung. Neuland wurde eröffnet durch die Möglichkeit, leichte Abschuppungen bis Ulzerationen erzeugen zu können, die nach unseren Erfahrungen sehr gut abheilen. Das ermöglichte uns Pigment- und Gefäßnaevi, Verrucae und vor allem Lupus vulgaris mit Erfolg anzugehen. Am Schluß sei nochmals angeführt, daß exakte Technik dringend nötig ist. Wenn die Erfolge ausbleiben, darf man sich nicht gleich entmutigen lassen, sondern man muß an Fehlermöglichkeiten denken.

BECKER-MANNHEIMER-Hamburg: Zur Bemerkung von Herrn Prof. RITTER ist zu sagen, daß bei der gewöhnlichen Röntgentherapie allerdings die Feldergröße ein bestimmender Faktor ist, da sich ja zur absorbierten Dosis die Streustrahlenzusatzdosis hinzuaddiert. Bekannterweise wird aber bei den größeren Wellenlängen diese Streuzusatzdosis zu einer vernachlässigbaren Größe und bei Wellenlängen von etwa 2 Angström, mit denen wir bei der Grenzstrahlentherapie arbeiten, spielt die Streuzusatzdosis überhaupt keine Rolle mehr. Wir brauchen also bei der Bestimmung der Grenzstrahlendosis auf die Feldergröße keine Rücksicht zu nehmen. Ferner möchte ich zur Diskussion über die Gefährlichkeit noch bemerken, daß die Schädigung doch immer in Relationen zur behandelten Erkrankung beurteilt werden muß. Und wenn man bei sonst refraktären Fällen durch allzu häufig wiederholte gegebene hohe Dosen Spätschädigungen in Form von Teleangiektasien auftreten sollten, so werden sie dem Pat. sicher angenehmer sein, als eine quälende nicht heilende Erkrankung. Schwerere Spätschädigungen aber haben selbst SCHULTZ und ZEHDEN nicht beobachtet und dürften wohl ausgeschlossen sein.

LEVY (Schlußwort): Ich möchte nur sagen, daß ich im Anfang nur empirisch arbeitete, d. h. tastend die wirksame Dosis gefunden habe. Jetzt ist es aber, nachdem BUCKY sein Dosimeter gefunden hat, möglich und notwendig, nur nach BUCKY zu eichen.

Herr **ERICH HOFFMANN**-Bonn: **Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Lues.**

Mit Rücksicht auf das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die letzthin gemachten unverkennbaren Fortschritte regt E. HOFFMANN für ein auf dem Dermatologenkongreß 1929 in Königsberg zu erstattendes Referat eine engere Zusammenarbeit der Frauen-, Kinder- und Hautkliniken (wie schon vor Jahren) nochmals an, damit durch größere Zahlen die schon jetzt gemachten Erfahrungen noch einwandfreier begründet werden können.

Bezüglich der Art des Überganges der Lues auf die Frucht kann nur die diaplazentare Infektion als bewiesen anerkannt werden; die rein paterne Übertragung ohne Erkrankung der Mutter ist abzulehnen. Alle Bemühungen, vor dem 5. Monat Sp. pall. in Föten und Eihäuten nachzuweisen, sind fehlgeschlagen (eine Ausnahme im 4. Monat — GRÄFENBERG); meist erfolgt Übertragung erst im 7.—10. Monat. Ob ein Primärkomplex in Plazenta und Nabelschnur neben dem ja auch bei aquirierter Lues vorkommenden, allerdings spärlichen Einbruch der Sp. pall. in die Blutbahn anzunehmen ist, welche Bedeutung die Persistenz des LANGHANSschen Epithels hat, bleibt näher zu erforschen. Die sog.

Digitized by Google

Ausnahmen vom COLLESschen Gesetz erklären sich durch „Pseudoprimäraffekte".

Die Früherkennung der angeborenen Lues ist durch Anwendung meiner Gewebssaftmethode auf die Nabelschnur (EDM. HOFMANN, VULOVIC, PHILIPP u. a.) sehr gefördert worden; konnte doch PHILIPP im Geschabe der Venenwand eines 5 cm langen peripheren Nabelschnurstückes in 120 Fällen Sp. pall. bei sorgsamer Dunkelfeldprüfung finden (geburtshilfliche Luesdiagnose). Auch an anderen Stellen (Nasen-, Konjunktivalschleimhaut, künstlichen Hautblasen, Geschabe von der mehr oder weniger infiltrierten Fußsohle usw.) können Sp. pall., aber meist erst bei klinisch manifester Lues gefunden werden. Auch die serologischen Reaktionen (WR neben zwei Flockungsproben) treten in sicherer Form leider oft erst spät auf. Sehr wichtig sind die im Röntgenbild nachweislichen Knochenveränderungen (Osteochondritis und Periostitis), die wegen ihres frühen Auftretens nicht nur für den Kliniker, sondern auch den Pathologen diagnostischen Wert haben. Andere Hilfsmittel (erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit, Intradermoreaktionen usw.) bleiben näher zu prüfen. Aufbewahrung und genaue parasitologische und histologische Untersuchung der Nabelschnur (Phlebitis) in allen irgendwie verdächtigen Fällen ist erforderlich.

Durch genügend starke pränatale Behandlung der kranken Mutter kann die angeborene Syphilis mit weitgehender Sicherheit verhütet werden; die kombinierte Salvarsan-Wismutkur gibt die größte Sicherheit, Neo- oder Natriumsalvarsan (0,45, erste Dose 0,3) sind von größter Bedeutung. Zwei kombinierte Kuren (je 10—12 Einspritzungen 2mal wöchentlich) mit 5- bis höchstens 6wöchiger Pause sind im allgemeinen ausreichend zur Verhütung. Frauen, welche vor der Gravidität ein zur Ausheilung erfahrungsgemäß ausreichendes Kurmaß erhalten haben, gebären auch ohne neue Kur in der Gravidität gesunde Kinder. Als sicherste Vorbeugung gegen die Möglichkeit kongenitaler Lues darf die präventive Behandlung stark gefährdeter Frauen (durch Koitus mit frischsyphilitischem Ehemann) durch eine (evtl. zwei) maximale kombinierte Kuren gelten.

Die postnatale Behandlung hat so früh wie möglich nach dem Grundsatz der maximalen Frühbehandlung, wie sie bei erworbener Lues bewährt ist, einzusetzen. Die Frühdiagnose ist mit allen Mitteln zu erstreben; da sie aber oft nicht gelingt, so ist bei anscheinend gesunden Kindern noch infektiöser Mutter die präventive Behandlung nicht nur erlaubt, sondern ratsam, da solche Kinder meist doch erkranken, ansteckungsgefährlich sind und sonst die bessere Frühheilungschance versäumen. Bei der präventiven Behandlung, bei der ich die Weiterbehandlung in utero anbehandelter und die sofortige Behandlung noch unbehandelter Kinder infektiöser Mütter unterscheide, ist bewußt auf den Grundsatz „Ohne sichere Diagnose keine Behandlung" verzichtet. Alle Autoren, die dazu übergegangen sind, haben bessere Dauererfolge und geringere Sterblichkeit (bis auf vereinzelte Ausnahmen) erzielt.

Als krank erwiesene Kinder müssen natürlich sofort energisch behandelt werden. Statt der gut wirkenden ERICH MÜLLERschen Kalomel-Neosalvarsankuren empfehle ich die maximale Frühbehandlung mit drei

Digitized by Google

Neo- oder Myosalvarsan-Bismogenolkuren, bei denen wöchentlich 2mal (z. B. Montag und Donnerstag) 0,015—0,02 g Neos. und 2 mg met. Bi pro Kilogramm am gleichen Tage gegeben werden. Die einzelne Kur besteht aus je 12 Injektionen beider Mittel, die Pausen sind 5—6 Wochen lang. Die Gesamtdauer der Behandlung ist um gut die Hälfte kürzer als bei MÜLLER. Die Erfolge sind gut. Bei schwächlichen und erheblich kranken Kindern ist vorsichtiges Einschleichen mit einigen Hg-Einreibungen (0,1 g pro Kilogramm) ratsam, um Todesfälle zu verhüten.

Bei präventiver Behandlung sind schon mit einer, bei Frühbehandlung mit zwei oder drei starken kombinierten Kuren, je nach dem Grade der Erkrankung, volle Erfolge erzielt worden. Eine umfangreichere Statistik der auch durch Liquorprüfung gesicherten Dauererfolge ist dringend wünschenswert, um das Schicksal der Kinder und Mütter zu verfolgen. Diese bis zum Königsberger Dermatologenkongreß durchzuführen, wird vorgeschlagen.

Schon jetzt sind durch die Zusammenarbeit der Frauen-, Haut- und Kinderärzte große Fortschritte zur Eindämmung der angeborenen Syphilis erzielt; die systematische Weiterarbeit wird nicht nur der Bekämpfung der angeborenen, sondern auch der Syphilis überhaupt zugute kommen, und muß schon bei den Schwangeren so früh wie möglich einsetzen.

Herr KERL-Wien: Über die Malariabehandlung der Frühlues.

Die vortreffliche Wirkung der von WAGNER-JAUREGG eingeführten Malariatherapie auf Metalues veranlaßte KYRLE zu dem Versuch, ob es nicht gelänge, durch prophylaktische Impfung Metalues zu verhüten. Ich selbst war nicht so optimistisch und habe deshalb die Malariaimpfung wie BERING u. a. auf die liquorpositiven Fälle des Spätstadiums (4. Jahr p. Infekt.) beschränkt.

Die Übernahme der Wiener Klinik hat mir Gelegenheit gegeben, das seinerzeit geimpfte Material nachzuuntersuchen. Es wurden sämtliche Malariafälle an die Klinik geladen; über ein Drittel (600) leistete der Einladung Folge und konnte noch im Juli und August dieses Jahres kontrolliert werden. Von den etwa 1600 Malariapatienten wurden die Krankengeschichten jener Fälle, die im 1. und 2. Jahr nach der Infektion geimpft worden waren, genau durchgearbeitet und statistisch zusammengefaßt. Zum Vergleich wurden auch die Fälle der späteren Latenz herangezogen. Die Zusammenstellungen wurden von zwei Gesichtspunkten aus verfaßt, und zwar: 1. Wie ist der Heileffekt der Malariaimpfung im Frühstadium der Syphilis einzuschätzen? 2. Gelingt es durch die Malariakur Metalues zu verhüten? Unsere Untersuchungen ergaben nun folgende Resultate: 41 Fälle (35 Männer und 6 Frauen) wurden im seropositiven primären Stadium der Lues geimpft. Klinische oder serologische Rezidiverscheinungen traten in etwa 31% der Fälle auf. Nur klinische Rezidive zeigten sich in etwa 20%. Unter den 41 Fällen wurde zweimal an eine Reinfektion gedacht.

Im frühen sekundären Stadium der Lues (1. und 2. Jahr post infectionem) wurden 202 Fälle mit Malaria und Salvarsan behandelt. Die Zahl der Malariaanfälle betrug zumeist 7—10, die Salvarsanmengen, die als Vor- und Nachkur gegeben wurden, je etwa 3 g. Die Zusammen-

Digitized by Google

stellung der Resultate ergibt bei liquornegativen Fällen eine auffallend hohe Zahl (37,4%) von Rezidiven, bei liquorpositiven beträgt hingegen die Prozentzahl nur 17. Klinische Rezidive traten bei letzterer Gruppe in 4,9% der Fälle auf, bei ersterer Gruppe hingegen in 22,6%. Noch ungünstiger gestalten sich die Resultate, wenn wir nur die Männer, die im 1. und 2. Jahr post infectionem der Malariakur unterzogen wurden, berücksichtigen. Hier finden sich bei den liquornegativen Fällen 52,4% Rezidive, darunter 35,7% klinische Rezidive. Bei den liquornegativen wurden aber nur 19,5% Rezidive, darunter 4,9% klinische Rezidive beobachtet.

Bei den 202 Patienten findet sich unter 34 Fällen mit klinischen Rezidiverscheinungen 8mal in den Krankengeschichten die Vermutung ausgesprochen, daß eine Reinfektion vorliegen könnte. Ich kann mich dieser Ansicht aus folgenden Gründen nicht anschließen:

1. Die Rezidive nach Malariabehandlung im primären seropositiven Stadium der Lues sind derart zahlreich, daß sich aus diesen schon der geringe Heilwert der Malaria für das Frühstadium der Lues ergibt. Der Schluß ist wohl erlaubt, daß auch im frühen sekundären Stadium die Verhältnisse nicht besser liegen dürften.

2. Alle als Reinfektion aufgefaßten Fälle entsprechen nicht den Kriterien, die MÜLLER schon seinerzeit (D. Z., 1916) für die Bezeichnung Reinfektion festlegte. Abgesehen davon, daß alle Fälle vor der Malariakur ausgebreitete Hauterscheinungen aufwiesen, finden sich die Sklerosen stets im Lymphbereich der 1. Inokulationsstelle.

3. Ist die Tatsache bekannt und hat sich auch im Beginn der Salvarsanära gezeigt, daß sich stets bei Einführung eines neuen therapeutischen Verfahrens infolge zu optimistischer Auffassung die Publikationen über Reinfektionen häufen. Ich glaube daher, daß diese Reinfektionen als Rezidiverscheinungen zu werten sind. Aber selbst bei Anerkennung dieser Reinfektionen verschieben sich die Prozentzahlen nicht wesentlich (statt 6,8% 12,8%).

Weiterhin auffallend ist vor allem aber die große Zahl von Rezidiven jeglicher Art. Besonders gehäuft erscheinen sie bei den liquornegativen Fällen. Der Heilwert der Malaria für dieses Stadium erscheint daher recht gering. Eine günstige Beeinflussung eines pathologischen Liquors wurde allerdings ausnahmslos konstatiert. Da jedoch in dieser Periode der Syphilis Veränderungen des Liquors auch spontan zurückgehen können, so kann aus diesen Zahlen kein zu weitgehender Schluß gezogen werden.

Besonders wichtig erscheinen die Beobachtungen von MATUSCHKA und ROSNER, die sich auf dasselbe Material, das auch dieser Zusammenstellung zugrunde liegt, beziehen. MATUSCHKA und ROSNER berichten nur über 3 Rezidivfälle, betonen allerdings an mehreren Stellen, daß die Zeit der Beobachtung noch zu kurz ist, um ein abschließendes Urteil fällen zu können. Immerhin aber gelangen sie nach Durcharbeitung des Materials zur Ansicht, daß die Malariakur im Frühstadium der Lues bessere Effekte bringt als im späteren Stadium, während die nunmehrige Zusammenstellung für das Gegenteil spricht. Die Erfahrungen von BERDE und MUCHA, ebenso die von ARZT und FUHS beziehen sich auf eine recht geringe Patientenzahl.

Digitized by Google

Die Zusammenstellungen der Luesfälle in der Spätlatenz (nach dem 2. Infektionsjahr) ergaben eine beträchtliche Prozentzahl von Rezidiven (30%), bei den liquornegativen Fällen jedoch beziehen sich diese fast nur auf serologische Rezidive; klinisches Rezidiv fand sich darunter keines. Bei den liquorpositiven Fällen hingegen betragen die Rezidive 15%, die klinischen Rezidive 5,5%. Bemerkenswert ist, daß bei den klinischen Rezidivfällen, mit Ausnahme von zweien, die Lues länger als 10 Jahre bestand.

Um die Einwirkung der Malaria auf Frühlues und Spätlues in Vergleich setzen zu können, dürfte es angezeigt sein, nur die Zusammenstellung, die sich auf die männlichen Patienten bezieht, zu verwerten, da bei Frauen nur sehr selten anamnestische Daten, die einen Rückschluß auf die Infektionstermine erlauben, zu erhalten sind.

Während bei den liquornegativen Fällen, die im 1. und 2. Jahre mit Malaria behandelt wurden, 35,7% klinische Rezidive beobachtet wurden, fehlten solche vollkommen bei den späteren Luesfällen. Die liquorpositiven Fälle des 1. und 2. Infektionsjahres (Gruppe I) wiesen 4,9% Rezidive auf, dieselbe Gruppe der späteren Lues (Gruppe II) 5,8%. Der Errechnung dieser Prozentzahl liegt die Beobachtung von 4 Fällen zugrunde. Die Gegenüberstellung dieser beiden Gruppen zeigt beträchtliche Unterschiede. Diese werden noch deutlicher, wenn nur die spätere Lues II berücksichtigt wird. Die genauere Durchforschung der Krankengeschichten der in Gruppe II angeführten klinischen Rezidivfälle ergibt nämlich folgendes:

1. In allen 4 Fällen besteht die Lues länger als 12 Jahre.

2. Bei 3 Fällen finden sich in den Krankengeschichten schon vor der Malariaimpfung einzelne Zeichen, die auf eine beginnende Metalues schließen lassen. (Die Malariakur konnte allerdings das Manifestwerden der Metalues nicht verhüten.)

3. Der 4. Fall wäre eventuell auszuscheiden, da bei ihm schon 3 Jahre vor der Malariakur eine Aortitis klinisch nachgewiesen wurde.

Auch bei den serologischen Rezidiven der Gruppe II ist hervorzuheben, daß sowohl bei den liquorpositiven wie auch bei den liquornegativen die Infektion vor mehr als 9 Jahren erfolgt war. (Bei 2 Fällen konnte die Zeit der luetischen Infektion nicht ermittelt werden.)

Es beziehen sich demnach sämtliche Rezidive auf die Spätluesfälle. Bei späterer Lues II wurden im Gegensatz zur Gruppe I keine Rezidive beobachtet. Diese Gegenüberstellung spricht für die gute therapeutische Wirkung der Malariakur für das spätere Stadium der Lues II.

Die bekannte Tatsache, daß pathologische Liquorverhältnisse der späteren Lues durch die Malariaimpfung gut beeinflußt werden, bestätigen unsere Befunde neuerdings. Diese gute Beeinflussung pathologischer Liquoren durch die Malaria kann allerdings die Frage, ob die Sanierung des Liquors unbedingt als ein Zeichen der Heilung zu werten ist, derzeit nicht klären. Wenn auch günstigere Liquorverhältnisse bei Metalues zumeist mit objektiven und subjektiven Merkmalen einer Besserung des Krankheitszustandes einhergehen, so können doch auch trotz Sanierung des Liquors metaluetische Erscheinungen auftreten. Hierauf weisen der Fall Richter (trotz Malaria im sekundären Stadium später Metalues)

Digitized by Google

sowie ein von uns beobachteter Fall (Chm), bei dem es 4 Jahre nach der Malariakur, die wegen Chorioiditis bei positivem Liquor durchgeführt wurde, bei negativem Liquorbefund zu einer Tabes gekommen war.

Leider haben wir noch kein anderes Kriterium als die Änderungen des Liquors um die Heilwirkung der Malariatherapie, die in dieser Hinsicht ganz Vortreffliches leistet, abzuschätzen. Es wäre aber verfrüht, in Besserung und Sanierung des Liquors schon eine Heilung der Lues und einen unbedingten Schutz vor Metalues zu sehen.

Wenn wir aus der Zusammenstellung Schlußfolgerungen ziehen, so ist vor allem zu betonen, daß die Malariabehandlung im frühen sekundären Stadium sich nicht bewährt hat, daß sie aber im späteren Stadium der Lues II günstige Resultate zu bringen vermag. Da die Rezidive der späteren Lues II fast ausschließlich bei Fällen mit über 9 Jahre zurückliegendem Infektionstermin beobachtet wurden, so ergibt sich für uns die Indikation, die Malariakur bei positivem Liquor womöglich im 4.—6. Jahre nach der Infektion durchzuführen. Von einer „Pflicht", Luesfälle mit pathologischem Liquorbefund frühzeitig der Malariakur zuzuführen, wie RITTER dies meint, kann m. E. solange nicht gesprochen werden, als der Beweis aussteht, daß die im Frühstadium (1. und 2. Infektionsjahr) behandelten Fälle in einem höheren Prozentsatz als die mit intermittierenden Salvarsanwismutkuren behandelten vor Metalues geschützt bleiben. Die zahlreichen klinischen und serologischen Rezidive im Frühstadium warnen uns auch vor zu großem Optimismus, da wir in jedem Aufflackern der Lues die Möglichkeit einer neuen Spirochäteninvasion in das Zentralnervensystem erblicken möchten. Dies sowie die Tatsache, daß die Malaria uns im Frühstadium der Lues keine besseren Heilresultate bringt als energische Salvarsanwismutkuren, sind für mich die Beweggründe, die Malariakur auf das spätere Stadium der liquorpositiven Lues zu beschränken.

(Eine genaue tabellarische Übersicht wird der ausführlicheren, im Arch. für Dermatologie u. Syph. erscheinenden Arbeit beigegeben werden.)

Aussprache: E. HOFFMANN-Bonn begrüßt die aufklärende Mitteilung des Herrn KERL, die ja seiner eigenen Stellungnahme entspricht. Die maximale Sa-Bi-Behandlung ergibt für das Frühstadium bessere Resultate, besonders auch bezüglich der klinischen Rezidive. Die Malariatherapie bedeutet eine Verzögerung der Herabsetzung der Ansteckungsgefährlichkeit. Da sie für die Pat. im Frühstadium keinen Vorteil bedeutet, so ist sie nicht nur überflüssig, sondern im Sinne der Volksgesundheit wegen längerer Erhaltung der Infektiosität schädlich. Die vor Jahren aufgestellten Gesichtspunkte (bestimmte Indikationen, starke Bi-Sa-Nachbehandlung) sind erfreulicherweise auch aus Wien nun für die Malariabehandlung bestätigt. Die Stärke der chemotherapeutischen Nachbehandlung ist von entscheidender Bedeutung, und auf sie wird in Bonn ja von Anfang an größter Wert gelegt.

FISCHER-Hamburg: Die Gefährlichkeit der Impfmalaria muß, wenn es sich um eine schwere Tertiana handelt, bei genauer Beobachtung als gering erachtet werden. Ihre rasche Unterbrechung gelingt stets, Rezidive können bei genügenden Chinindosen (10—12 g) vermieden werden.

KLAFTEN-Wien weist auf die große Bedeutung der antiluetischen Behandlung während der Schwangerschaft gegenüber der alleinigen Behandlung vor der Gravidität hin. Unter 23 vor der Gravidität malariabehandelten Fällen wurden 3 syphilitische Kinder, darunter eine mazerierte Frucht, zur Welt gebracht. Auch bei vor der Gravidität malariabehandelten Frauen ist daher, vor allem im Interesse der Nachkommenschaft, eine antiluetische Kur ebenfalls durchzuführen.

Digitized by Google

DELBANCO-Hamburg verweist auf eine in Kürze erscheinende kleine Mitteilung von MARTINI aus dem Hamburger Tropeninstitut, in welcher betont wird, daß bei den schwierigen Immunitätsverhältnissen der Malaria ein in der Frühlues Malariageimpfter, wenn er in die Tragik der Paralyse gerät, der besten therapeutischen Waffe beraubt ist. Überdies bleibt, was nur der Tropenmediziner in seiner Bedeutung ganz erfassen kann, die Malaria eine sehr schwere Krankheit. Der heutige Tag hat die Ablehnung der Malariafrühbehandlung auf der Düsseldorfer Tagung sehr bekräftigt.

FISCHER-Hamburg: Zur Frage der Infektiosität der Impfmalaria wird auf Untersuchungen am Wiener Stamm hingewiesen, die im Tropeninstitut angestellt wurden. Es gelang, im Blute von Pat., die hier mit dem Wiener Stamm geimpft wurden, einwandfreie Gameten zu finden, es glückte ferner die Übertragung auf Anophelen und von diesen wieder auf den Menschen. Die Ansteckungsmöglichkeit wird im Norden, so auch in Deutschland keine große Rolle spielen, da die klimatischen Verhältnisse für einen solchen Vorgang nicht günstig sind.

MULZER-Hamburg beschränkt seine Indikationsstellung der Malariabehandlung ebenfalls nur auf diejenigen Fälle hartnäckiger älterer Lues, welche Liquorveränderungen aufweisen oder durch wiederholte Kuren nicht wassermannegativ geworden sind. Nach wie vor sieht er in der Malariakur keineswegs eine ideale Therapie und ist von jeher bestrebt gewesen, sie durch ein weniger eingreifendes Verfahren zu ersetzen. Trotzdem hebt er hervor, daß dauernde Schädigungen bisher nicht von ihm beobachtet worden sind und daß Übertragung der Malaria durch Mücken nicht zu befürchten ist. Den Hauptwert legt er aber auf die Kombination mit gründlicher Wismut- und Salvarsankur. Klinische Rezidive wurden von ihm an seinem Material nie beobachtet. In mehreren Fällen von Lues cerebri trat ein schneller Erfolg nach der Malariakur ein, während reine Chemotherapie vorher versagt hatte. In epidemiologischer Hinsicht ist die Impfmalaria zweifellos praktisch als ungefährlich zu betrachten. Hinsichtlich der Schwere des Verlaufes und der therapeutischen Beeinflußbarkeit ist die Impfmalaria keineswegs mit der auf natürlichem Wege erworbenen in eine Linie zu setzen.

VOHWINKEL-Essen: An der Essener Hautklinik wurden seit 1924 bis heute annähernd 800 Luetiker mit Malaria behandelt. Die Indikation stützte sich fast stets auf einen positiven Liquor, nur in Ausnahmefällen, wie z. B. bei Salvarsanresistenz, hartnäckig positivem Wassermann usw., wurde hiervon abgegangen. Diese Richtlinien sind von BERING bereits vor 2 Jahren in Düsseldorf in seinem Vortrag niedergelegt worden. Bei diesem vielleicht größten Material in Deutschland, das von KERL weder in seinem Vortrag noch in seinen letzten Arbeiten über das Thema berücksichtigt wird, weiß ich mich nur auf ein klinisches Rezidiv und eine Liquorverschlechterung zu besinnen, die in der Festschrift für WAGNER-JAUREGG von BERING mitgeteilt worden ist. Bei diesen Fällen bestand aber als Komplikation eine Salvarsanüberempfindlichkeit, so daß eine geordnete Nachbehandlung, wie wir sie fordern, unmöglich war. Bei Berücksichtigung dieser Tatsachen erscheinen mir die von KERL angegebenen Zahlen völlig unverständlich. Ist auch unser Material in allerletzter Zeit vielleicht nicht so generell nachpunktiert worden wie in Wien, weil wir auf Grund unserer Nachpunktionsresultate eine Nachuntersuchung in jedem Falle nicht für unbedingt notwendig halten, so sprechen die vorhandenen Befunde doch in ganz anderem Sinne. Besonders auffallend sind die hohen Zahlen klinischer Rezidive, die KERL gesehen hat und die uns bei unserem Material nicht entgangen sein können. Die Unklarheit wird noch dadurch um ein Beträchtliches gesteigert, als das gleiche, hier von KERL bearbeitete Material, FINGER vor einigen Monaten zur Grundlage einer Publikation diente, in der eine diametral entgegengesetzte Auffassung vertreten wird. Außerdem hat WAGNER-JAUREGG noch im Februar sich dahin geäußert, daß bei dem Material KYRLES bis damals wohl einige klinische, aber keine Liquorrezidive festgestellt seien. Innerhalb von 6 Monaten können sich die Verhältnisse nicht derart geändert haben. Hier liegen Widersprüche vor, die der Aufklärung bedürfen. Unserer Ansicht nach können die schlechten Ergebnisse der Malariatherapie auch nicht allein durch die in Wien üblichen, geringeren Salvarsandosen erklärt werden. — Daß die Malaria auch bei spätlatenten Formen der Lues eine ausgezeichnete Wirkung zeitigt, war stets unsere Meinung. Der beste Beleg hierfür ist uns die Tatsache, daß uns bei unserem Material kein Kranker zur Kenntnis gebracht worden ist, der wegen einer Spätnervenerkrankung in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wurde, obwohl bei unserer hohen Zahl Behandelter sicherlich einige Kranke mehr oder weniger dicht vor dem Ausbruch einer solchen Erkrankung gestanden haben müssen. Die gleiche Beobachtung ist nach WAGNER-JAUREGG in

Digitized by Google

Wien gemacht worden, mit dem wir und ja auch FINGER der Ansicht sind, daß das wirkungsvollste Prophylaktikum gegen eine Neurolues die Malariabehandlung ist.

JADASSOHN-Breslau hat Malaria nur bei resistenten Fällen der Frühlues angewandt. Er betont die Notwendigkeit, neue Behandlungsprinzipien nicht gleich an verschiedenen Stellen und auf zu breiter Basis durchzuführen, zumal bei frischer Syphilis, die mit der bisherigen Therapie so gut zu beeinflussen ist.

RITTER-Hamburg: Unsere heutige Sitzung scheint mir von ganz besonderer Bedeutung zu sein bezüglich der ganzen Frage der Malariabehandlung der Frühlues. An so wichtigen Mitteilungen von Herrn KERL und so gewichtigen, kritischen, dem Sinne nach die Malariabehandlung ablehnenden Äußerungen von JADASSOHN kann man nicht vorübergehen. Ich muß sagen, ich bin geradezu erschüttert von den schlechten Resultaten, die Herr KERL aus Wien berichtet. Derartig viele klinische Rezidive — und Herr KERL gibt mir auf Befragen zu, daß es sich um Exantheme handelt — haben wir auch entfernt nicht bei unserer gewöhnlichen malariafreien Behandlung, sie sind ganz selten bei uns, geschweige denn bei der kombinierten Salvarsan-Wismut-Malariakur. Das sind Widersprüche zwischen dem unsrigen und dem Wiener Material, die mir einfach unverständlich sind und dringend der Aufklärung bedürfen.

Auch bezüglich der Liquorrezidive bin ich überrascht über die Mitteilungen aus Wien. Wir haben wohl in Hamburg das drittgrößte Material an mit Malaria behandelten Frühluesfällen (nach Wien und Essen), und wenn wir vielleicht auch nicht in derartig systematischer Weise und in Anzahl wie in Wien die Liquornachuntersuchungen haben durchführen können, so muß ich doch sagen, daß bei allen von uns nachuntersuchten Fällen eine Sanierung resp. wesentliche Besserung des Liquorbefundes eingetreten ist. Auch diese Widersprüche zwischen Hamburg und Wien sind mir unverständlich.

Bezüglich der Indikationsstellung verweise ich auf meine Veröffentlichung in der Derm. W., die auch in der Zusammenstellung im Handbuch anerkannt worden ist.

HOFFMANN-Bonn betont für die beobachteten Unterschiede noch einmal die Bedeutung der Stärke der chemotherapeutischen Behandlung, die ja in Wien und bei uns verschieden ist. Wer bestimmte Richtlinien für die dann erfolgreiche Malariatherapie bei späterer liquorkranker oder resistenter Lues befolgt, geht heute einen durch Erfahrung vorgezeichneten Weg.

HAHN-Hamburg spricht sich dafür aus, daß die Malariakur nur für die Metalues zu reservieren sei. Man schreibe zu Unrecht der Malariabehandlung die Wirkung zu, die in der Hauptsache der energischen Salvarsankur zukomme.

ARZT-Wien: Für die Differenz im Ergebnis der untersuchten Fälle zwischen Wien und Deutschland (vor allem BERING) dürften 3 Gründe sich feststellen lassen. Einmal daß seinerzeit in Wien die gesamte Frühlues mit Malaria behandelt wurde, dann daß das gesamte Material in allerjüngster Zeit nachuntersucht wurde und zum Schluß, daß außer Malaria ja in Deutschland auch eine andere Therapie (Salvarsan und Schwermetalle) verabreicht wurde.

ULLMANN-Wien: Über die Kontraindikation einer Malariabehandlung der Frühsyphilis kann nach all bisherigen Erfahrungen und nach dem besonders hier von Herrn KERL Gesagten ebensowenig ein Zweifel bestehen, als wie über die regelmäßige Indikation der Malariatherapie für die Spätlues.

Ich habe niemals ausführlich über diese Frage publiziert, aber wiederholt Bemerkungen in diesem Sinne protokollarisch (W. D. G.) festgestellt, die sich auf die ersten 20 Fälle von Spätlues bezogen haben. Fast alle diese Fälle habe ich mit KYRLE selbst besprochen und dessen Malariastämme dazu benutzt. Abgesehen von dieser allgemeinen Indikation, glaube ich, gibt es noch einige mehr spezielle Anzeigen, wo wir aus verschiedenen Gründen und Gesichtspunkten für die Durchführung der Malariatherapie besonders eintreten sollten. Ganz besonders dort, wo für eine gewöhnliche starke, heroische, kombinierte Salvarsan-Wismutkur unbegründetes Mißtrauen und Vorurteil des Kranken oder auch von seiten des Hausarztes besteht. Wenn der besondere Wert der Malariabehandlung im Kreise gebildeter Kranker auch der Ärzte einmal festgelegt sein wird, was bei uns wohl doch noch nicht der Fall ist, wird man unter dem Titel, daß die Kombinierung der medikamentösen Kur mit einer Fieberbehandlung weitaus mehr leistet, einen gewissen Abschluß der Behandlung überhaupt bildet, diesem Prinzip die verdient größere Verbreitung zusichern können. Ich habe sogar einen Fall von leichter chronischer Tuberkulose mit gewisser Vorsicht, aber doch gutem Erfolg mit kombinierter Malariatherapie behandeln können. Allerdings hatte der Pat. selbst danach gestrebt, seinen bis dahin konstantstarken

Digitized by Google

positiven WR im 6. Jahre seiner Lues zu bessern. Die Malariakur wurde gut vertragen, die positive Reaktion verringert, das allgemeine Befinden ebenfalls eher gebessert.

JADASSOHN-Breslau behandelt frische resistente und späte resistente Lues mit Malaria. Gleichzeitig aber auch chemotherapeutisch. Vergleichen kann man aber natürlich nur mit und ohne Malaria behandelte Fälle, die gleich hohe Dosen von chemotherapeutischen Mitteln erhalten haben, und solche Vergleiche auf größerer Basis fehlen noch. Dazu sind sehr große Zahlen nötig, die Erfolge gründlicher Salvarsankuren sind schon an sich recht günstig.

VONKENNEL-München: Wir an der Klinik Heuck haben bei einem Material von 470 Impfungen und einer Beobachtungszeit von 3 Jahren bisher nur ein einwandfreies klinisches Rezidiv beobachten können. Ich möchte aber darauf hinweisen, daß wir jetzt die große Kur vor der Impfung durchführen, d. h. wir geben 6 g Sa mit 15 Bi vorher, dann Bi zwischen den Attacken und 3 g Sa mit 10—15 Bi nachher. — Wir hielten die Impfmalaria für vollkommen ungefährlich und haben bei der bei uns üblichen Kupierung mit Solvochin noch kein Malariarezidiv erlebt.

v. POLONY-Komarno: Wir arbeiten seit Jahren mit Impfmalaria, obwohl bei uns sehr viel Anophelesmücken vorhanden sind, und haben trotzdem keine Übertragung der Impfmalaria beobachten können.

KERL (Schlußwort).

Herr **L. ARZT**-Wien: **Liquorbefunde bei tertiärer Haut-Schleimhaut-Lues.**

Das Problem der Syphilisbehandlung, das in den letzten Jahren immer und immer wieder zur Diskussion stand, kann nur allmählich durch das Studium einzelner Vorfragen einer Beantwortung zugeführt werden.

Daher vorerst Stellungnahme zu der Frage: Besteht ein Antagonismus zwischen einer tertiären luetischen Erkrankung der Haut respektive Schleimhaut und einer solchen des Zentralnervensystems?

Werden die Erkrankungen des Zentralnervensystems aus pathologischen Liquorbefunden erschlossen, so erhalten die einzelnen Autoren recht verschiedene Zahlen, wobei aber die untersuchte Gesamtzahl ein Grund für diese Divergenz sein kann. Bisher verfügen wir über 4 eigene Untersuchungsreihen: während bei einer Gesamtzahl von 36 Fällen 61% positive Liquoren erhalten wurden, ergab die letzte Reihe von 200 Fällen nur mehr 38%. Diese Ziffer dürfte die annähernd richtige sein, da bei der 3. Reihe mit 150 Fällen 41%, also eine ganz nahestehende Ziffer erhalten wurde.

Daher ist wohl ein absoluter Antagonismus zwischen tertiären Prozessen und Erkrankungen des Zentralnervensystems abzulehnen, doch sind die zuerst erhobenen Ziffern wohl als zu hoch gegriffen zu betrachten.

Eine zweite Frage geht dahin, ob vorangegangene Kuren die Zahlen der positiven Liquorbefunde beeinflussen.

Aus der Zusammenstellung ergeben sich derart geringe Differenzen, daß in dieser Hinsicht der Behandlung keine ausschlaggebende Bedeutung zukommt.

Eine dritte Frage: Wieviel Fälle mit tertiären Prozessen weisen bereits klinisch Nervensymptome auf?

Von den 200 Fällen zeigten 12 geringgradige Symptome, 5 das Bild einer Tabes, 4 einer Lues cerebrospinalis, somit 21 Fälle.

Diese Tatsache von nur etwas über 10% Luetikern mit tertiären Erscheinungen und auch Nervenbefunden weist immerhin auf einen relativen Antagonismus zwischen gummöser Hauterkrankung und klinischer Erkrankung des Zentralnervensystems hin.

Digitized by Google

Für diese Differenzen ließen sich verschiedene Erklärungen bringen.

Alle erwähnten Tatsachen beruhen nach unserer derzeitigen Meinung auf der Allergie. Es gibt nun zweifelsohne allergische Zustände der Haut ohne Gumma. Beweis, die positive Luetinreaktion. Daher die weitere Frage: In welchen Prozentverhältnissen sind bei Fällen von tertiärer manifester Lues, die auch eine positive Luetinreaktion aufweisen, die Liquoruntersuchungen positiv?

Bisher verfügen wir über 2 Reihen. In der ersten von 40 Fällen mit 16% positiven Liquoren und in der zweiten von 80 Fällen mit 24% positiven Liquoren.

Diese Ziffern bleiben aber noch immer hinter den niedrigsten Ziffern (38%), wenn wir nur auf den pathologischen Liquor Rücksicht nehmen, zurück. Deshalb ist vielleicht der Schluß auf eine günstige Beeinflussung des Liquors durch allergische Prozesse gestattet.

Der Standpunkt in therapeutischer Hinsicht bei gummöser Haut-Schleimhaut-Lues und einer positiven Luetinreaktion vorerst die Abheilung der gummösen Veränderungen abzuwarten und die weitere Behandlung vom Ausfall der Repunktion abhängig zu machen, während luetinnegative Fälle energischer zu behandeln seien, dürfte auf Grund des vorliegenden Untersuchungsmaterials der richtige sein.

Herr **W. Worms**-Berlin-Dahlem: **Weitere Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung.**

Bei Versuchen, welche die Frage der Drüsenbeteiligung bei der spontanen Kaninchenspirochätose betrafen, zeigte es sich, daß bei zwei akut kranken wie auch bei zwei spontan abgeheilten Tieren die auf gesunde Kaninchen einzeln ausgeführten Verimpfungen von Organbrei, Achsel-, Leisten- und Kniekehlendrüsen in keinem Falle ein positives Resultat ergaben. Die Verimpfungen wurden perkutan mit der Glaskapillare an der Haut der Augenlider, Schnauze und an der Haut bzw. Schleimhaut von After, Damm und Genitale ausgeführt. Gleichartige Versuche, auch mit anderen Stämmen und mit anderer Impfart, sind zur Zeit bereits im Gange.

Zur Beantwortung der Frage einer etwaigen „stummen" Spirochaeta-cuniculi-Infektion der Maus wurden 10 Mäuse mit einer reichlichen Spirochaeta-cuniculi-Aufschwemmung subkutan geimpft; diese Mäuse wurden nach 14- bzw. 37tägiger Beobachtungszeit, während der keinerlei äußere Erscheinungen an den Tieren festzustellen waren, getötet und ein Drüsenorganbrei dieser Mäuse intratestal auf 9 Kaninchen und perkutan auf 7 Kaninchen, und zwar auf Damm, Genitale, Anus verimpft. In 6monatiger Beobachtungszeit war keins der Kaninchen erkrankt. Wenn weitere bereits im Gang befindliche Versuche, auch mit anderen Spirochaeta-cuniculi-Stämmen, in gleicher Weise negativ verlaufen, so dürfte sich als wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen Spirochaeta pallida und Spirochaeta cuniculi ergeben, daß die Maus — soweit es sich aus der Rückverimpfung auf das Kaninchen feststellen läßt — im Gegensatz zur Spirochaeta pallida für die Spirochaeta cuniculi nicht empfänglich ist.

Bei der Behandlung spontanspirochätosekranker Kaninchen zeigte sich das Myosalvarsan dem Silbersalvarsan überlegen.

Digitized by Google

Für die Frage der Ausheilung — allerdings experimentell — syphilitischer Kaninchen durch eine erst in der Spätlatenz erfolgende Salvarsanbehandlung wurde folgende Versuchsreihe angestellt. Vier latent syphilitische Kaninchen wurden 6¾—8 Monate nach der mit dem Nicholsstamm ausgeführten Beimpfung 3mal intravenös mit 0,1 g Neosalvarsan pro Kilogramm behandelt. 52—82 Tage nach der letzten Injektion wurden die Tiere getötet und Einzelverimpfungen vorgenommen. Von dem ersten Tiere wurden allerdings nur die Leisten-, Kniekehlen- und Achseldrüsen auf je 2 Tiere neu verimpft, von den übrigen 3 Ausgangstieren wurden außerdem einzeln auf je 2 neue Tiere noch Blut, Liquor, Organbrei, Hodenbrei und Gehirnbrei verimpft, so daß im ganzen für die ersten Passagen 53 Tiere verwandt wurden. Sämtliche Kaninchen blieben bis auf ein interkurrent an spontaner Spirochätose erkranktes Tier gesund. Nach 4monatiger Beobachtungszeit wurden noch in 40 Fällen zweite Passagen angelegt (Drüsen-Organbreiverimpfung), aber auch diese Tiere blieben in ebenfalls 4monatiger Beobachtungszeit erscheinungsfrei. Von den noch nach dieser Zeit am Leben gebliebenen Tieren sind bereits dritte Passagen (Drüsen-Organbreiverimpfung) angelegt, über die noch später zu berichten sein wird. Nach dem Ergebnis der ersten und zweiten Passagen, das wahrscheinlich auch durch das der dritten nicht verändert werden wird, scheint das Neosalvarsan zumindest bei den drei „ganz" verimpften Ausgangstieren in einheitlicher Weise eine völlige Sterilisierung des Tierkörpers bewirkt zu haben, trotzdem die Behandlung in der Spätlatenz weit hinter der KOLLEschen Grenze statthatte.

Zum Schluß wird aus Versuchen, die die Frage des Spirochätengehaltes der Drüsen der Paralytiker betrafen und die WORMS gemeinsam mit F. O. SCHULZE (Wittenau) bearbeitet hat, ein Fall mitgeteilt, bei dem der Spirochätennachweis in folgender Weise gelang. Eine frisch exzidierte Leistendrüse einer schwer verwirrten Paralytikerin wird sogleich intratestal auf ein Kaninchen verimpft (erste Passage). Dieses Tier zeigt in $10^2/_3$monatiger Beobachtungszeit keinerlei Krankheitszeichen. Das Tier wird sodann getötet und eine Drüsen-Organbreiverimpfung von diesem Tier auf ein zweites (zweite Passage) ausgeführt, die in $3^1/_2$monatiger Beobachtungszeit erfolglos bleibt. Nach dieser Zeit wird auch das zweite Kaninchen getötet und von diesem Tier abermals eine Drüsen-Organbreiverimpfung auf ein drittes Tier (dritte Passage) vorgenommen. Erst dieses Kaninchen erkrankt acht Wochen nach der Impfung mit einem typischen, reichlich Spirochaeta pallida enthaltenden Schanker.

FREI-Breslau: Man muß unterscheiden zwischen der Beteiligung der regionären Lymphdrüsen und der auf dem Blutwege erreichbaren. ARZT und KERL haben mikroskopisch, FREI tierexperimentell in den regionären Leistendrüsen bei der spontanen Kaninchenspirochätose Spirochäten nachgewiesen. FREI gibt ferner gemeinsame Versuche mit C. F. HAHN bekannt, nach denen bei Kaninchen, deren Syphilisprimäraffekte abgeheilt sind, sich eine Immunität des Auges nur bei einseitiger intraokularer Nachimpfung (homologer Stamm) nachweisen läßt, dagegen nicht bei doppelseitiger — ein Resultat, das an älteren Befund von E. HOFFMANN bei nicht vorgeimpften Tieren erinnert und dessen Erklärung zunächst noch aussteht.

SEIFFERT-Freiburg: Die Versuche von Herrn WORMS sind eine vorzügliche Bestätigung der früheren Versuche von CHESNEY und KEMP und insbesondere von UHLENHUTH und GROSSMANN, die ihre Kaninchen noch nach mehr als 500 Tagen mit Neosalvarsan behandelten und ein Verschwinden der Spirochäten, also eine effektive Ausheilung, im Überimpfungsversuch feststellten. KOLLE hat gegen die Bewertung dieser negativen Befunde Einwände erhoben. Es muß jedoch

Digitized by Google

demgegenüber betont werden, daß allmählich die Zahl der negativen Spirochätenbefunde nach Behandlung im Spätstadium zu groß geworden ist, um daran vorübergehen zu dürfen.

ARNING-Hamburg macht darauf aufmerksam, daß die von Herrn FREI angeregte Frage der Einzel- oder Doppelimpfung des Auges auch bei Herpesimpfung in Betracht kommt.

ARZT-Wien: Die Schwierigkeiten in der Unterscheidung der Kaninchenspirochätose und experimentellen Kaninchensyphilis lassen das von Herrn WORMS erhobene Unterscheidungsmerkmal durch den Weg über die Maus besonders begrüßen.

MULZER-Hamburg legt Wert darauf, festzustellen, daß die Bedeutung der experimentellen Forschung durch die originäre Kaninchenspirochätose in keiner Weise beeinträchtigt worden ist. MULZER hat schon früher Mäuse ohne Effekt mit spirochätenhaltigem Material intravenös geimpft. Neuere Versuche verliefen bei mit Lues geimpften Mäusen — auch bei Verimpfung der Mäusedrüsen und inneren Organe auf Kaninchen — negativ. Nur einmal wurde durch Überimpfung eines keine Veränderungen zeigenden Kaninchenhodens, das mit den inneren Organen einer scheinbar erfolglos geimpften Maus geimpft war, ein typisches Syphilom erzeugt. Vielleicht würden, falls die Spirochäten morphologisch differente Dauerformen bilden sollten, Versuche mit Berkefeld-Filtration bei Überimpfung von Filterrückstand und Filtrat auf verschiedene Tiere neue Aufschlüsse geben. Solche Versuche sind im Gange.

HOFFMANN-Bonn bemerkt zu den Mitteilungen von Herrn FREI, daß ebenso wie die gleichzeitige Impfung beider Augen auch die Nachimpfung des zweiten Auges nach einem mehrwöchigen Intervall sehr regelmäßigen Erfolg ergeben hat, gegenüber einseitiger erstmaliger Impfung in die vordere Augenkammer. Ihm selbst schien der eventuelle Reizzustand des zweiten Auges eventuell von Bedeutung für die bessere Haftung des Virus.

Herr **KADISCH**-Berlin-Charlottenburg: **Beiträge zur aktiven serologischen Untersuchung auf Lues, speziell nach der neuen BRUCKschen Methode.**

Von 6000 nach BRUCKs neuer Technik untersuchten Seren wurde über 3500 statistisch erfaßte Untersuchungen berichtet. Die Technik der Reaktion ist in der Kl. W., 1926, Nr. 25, angegeben. Wegen des hohen Serumbedarfs habe ich 1000 Vergleichsuntersuchungen mit ganzen und halben Dosen angestellt, ohne aber nennenswerte Unterschiede zu finden. Daher habe ich weiterhin nur halbe Dosen verwandt. In 8% der Fälle trat keine Lösung der Kontrollen ein, weswegen sie in die folgenden statistischen Angaben nicht mit einbezogen wurden. Ich demonstriere ihnen eine Aufstellung der Kontrollhemmungen, die insofern von Interesse ist, als sie in denjenigen Fällen, wo die Kontrollhemmung auf wahrer Eigenhemmung und nicht auf Komplementmangel beruht — d. h. die Hemmung im ersten Kontrollrohr stärker war als im zweiten, weniger Serum enthaltenden —, einen wesentlich größeren Prozentsatz von Luessera aufweist (2 non Luesfälle unter 13 Seren mit Eigenhemmung). Als zweites zeige ich Ihnen die Übersichtstabelle der vorhandenen positiven Reaktionen. Der Vergleich mit der WASSERMANNschen und der MEINICKEschen Trübungsreaktion ergibt, daß das erste Extraktrohr der BRUCKschen Reaktion bedeutend empfindlicher ist als die klassischen Vergleichsreaktionen. Das zweite Extraktrohr ist bereits weit unempfindlicher. Da WR und MTR von dem ersten und zweiten Rohr der BRUCKschen Reaktion eingeschlossen werden, kann man durch Fortlassen des dritten Extraktrohres eine weitere Ersparnis an Serum erzielen. Aus der dritten Tabelle ersehen Sie die Spezifität der BRUCKschen Reaktion. Diese Reaktion hat als allein ausschlagende Reaktion dreimal so viel unspezifische Ausschläge gezeigt wie WR und MTR. Andererseits ist aus der

Digitized by Google

Tabelle aber auch zu entnehmen, daß die BrR in etwa 40 Fällen bei vorliegender Lues ++++ ergeben hat, während die WASSERMANNsche und die MEINICKEsche Reaktion zusammen nur 9 Fälle aus dem vorhandenen Luesmaterial herausgeholt haben.

Als praktische Kritik der Reaktion ist zusammenfassend zu sagen, daß ihr hauptsächlicher Vorteil die Erfassung einer großen Zahl von Luesseren ist, welche durch WR und MTR nicht erfaßt werden können, eine Eigenschaft, die sie mit anderen aktiven hämolytischen Reaktionen teilt. Mit diesen hat sie auch den Nachteil gemeinsam, daß die Kontrollhemmungen einen beträchtlichen Ausfall an Seren bedingen. Zudem leidet sie an einer Neigung zu unspezifischen Ausschlägen, welche mich weiterhin veranlaßt, mich ziemlich exakt auf den Standpunkt von MARGARETE STERN und FRANK (Kl. W., 1928, Nr. 30) zu stellen und die BRUCKsche Reaktion in Gemeinschaft mit einer Trübungs- oder Flockungsreaktion als Ersatz der WR abzulehnen. Andererseits hat die BrR, wie bereits ausgeführt, auch so bedeutende Vorteile, daß ich mit BRUCK der Ansicht bin, daß für das Laboratorium die Anstellung einer aktiven hämolytischen Reaktion neben den anderen Reaktionen erforderlich ist, um eine größere Zahl von Fällen zu erfassen.

Aussprache: BRUCK-Altona: Die Ausführungen des Herrn KADISCH sind schon deshalb wertvoll, weil sie zeigen, daß man endlich auch bei uns der Aktivuntersuchung bei Lues das Interesse entgegenbringt, das ihr meines Erachtens zweifellos gebührt und das ihr im Ausland auch schon längst bezeugt wird. Wir haben jetzt an meiner Abteilung 3 Jahre lang die Aktivkomplementbindung kombiniert mit der Zentrifugierflockungsmethode und der MTR durchgeführt und zur Kontrolle noch die Originalmethode der WR in der scharfen Form der KAUPschen Technik herangezogen, und ich kann nur das wiederholen, was ich schon in Bonn gesagt habe: Wenn man diese drei einfachen Methoden nebeneinander ausführt, so ist die Anstellung der komplizierten zeitraubenden und durch den Tierverbrauch kostspieligen Original-WR überflüssig. Jedenfalls hat uns das Resultat der Originalmethode klinisch noch niemals mehr genutzt als das kombinierte Resultat der drei genannten Methoden. Das aber ist der springende Punkt. Wir müssen eben bedenken, daß die Entwicklung der Syphilisserodiagnostik uns neben der Original-WR in der Aktivmethode der Flockungs- und Trübungsreaktionen sehr wertvolle Verfahren geschenkt hat und daß nicht der quantitative Ausfall der einzelnen Methoden das klinisch Entscheidende ist, sondern die Kongruenz in den Ausfällen mehrerer Methoden! Wenn man wirklich einmal ein Serum findet, das nur in der Originalmethode eine Hämolysenhemmung zeigt, während Aktivkomplementbindung, Trübung und Flockung negativ ist, so beweist uns dieser Befund für unser klinisches Handeln ebensowenig als der eines Serums, das nur aktiv oder nur nach SACHS-GEORGI oder nur nach MEINICKE positiv ist. Wenn aber andererseits ein Serum aktiv nach SG und MTR oder auch nur nach zwei dieser Methoden positiv reagiert, so ist das von großem klinischem Wert auch dann, wenn die Originalmethode wiederholt negativ ausfällt. Wir haben eben kein Recht mehr, solche Ausfälle einfach als unspezifisch zu bezeichnen, nur weil die Original-WR versagt hat und weil sie nun einmal die Standardmethode gewesen ist, kurz, ich glaube, daß, wenn die Kliniken und großen Krankenhäuser sich daran gewöhnen können, die frisch entnommenen Seren parallel nach Aktivkomplementbindung einer Trübungs- und Flockungsmethode zu untersuchen, sie dann ohne jeden Schaden die Anstellung der komplizierten Originalmethode weglassen und einen erheblichen Teil von Zeit, Geld und Häkatomben von Meerschweinchen sparen könnten. Der Ausfall der drei genannten Methoden nebeneinander wird ihnen wertvoller sein und größere klinische Sicherheit gewähren als der der Original-WR allein oder in Kombination mit nur einer Methode. Für das Material der Untersuchungsstellen liegt die Sache etwas anders. Bei von auswärts eingesandten Seren wird die Inaktivmethode oft nicht zu entbehren sein. Im übrigen ist es wenigstens in den größeren Städten nur eine Organisationsfrage, daß die eingehenden Blutproben auch 24 Stunden nach der Blutentnahme zur Untersuchung gelangen. Man läßt ja schließlich Diphthericabstriche auch nicht

Digitized by Google

tagelang stehen, ehe man sie weiterverarbeitet. Eben unter dem Einfluß der komplizierten Original-WR und ihren zahlreichen Vorbereitungen hat sich der Brauch eingebürgert, daß viele Untersuchungsstellen nur 2- oder 3mal in der Woche sogenannte Wassermann-Tage machen. Wenn auch diese Untersuchungsstellen sich entschließen würden, mehr wie bisher die genannten drei einfachen Methoden nebeneinander zu bevorzugen, so müßte es auch hier möglich sein, die große Mehrzahl der Seren frisch zu untersuchen und die Original-WR zu ersparen. Der einsendende Arzt könnte dann aus dem ihm mitgeteilten Resultat der 3 Proben (wie er dies bei der Liquoruntersuchung schon längst gewohnt ist) wertvollere Schlüsse ziehen, als wenn ihm z. B. nur von einer negativen, schwach-positiven oder zweifelhaften Original-WR Mitteilung gemacht wird. Der in Deutschland noch bestehende staatliche Zwang, die Inaktiv-WR als die conditio sine qua non zu betrachten, ist meines Erachtens überflüssig geworden: die Aktiv-WR, kombiniert mit einer Flockungs- und Trübungsreaktion, ist einfacher, sicherer und leistet klinisch mindestens das gleiche, häufig sogar mehr.

Joffick-Shanghai (China): Schon im Jahre 1922 habe ich festgestellt, daß die aktive Methode viel bessere Resultate gibt. Die Sachs-Georgi-Reaktion mit inaktivem Serum wurde bei mir dahingehend modifiziert, daß mit aktivem Serum und statt physiologischer mit 2%iger Kochsalzlösung gearbeitet wurde.

Ruge-Hamburg: Bei der Aktivmethode muß das Serum mindestens innerhalb der ersten 24 Stunden zur Untersuchung kommen; sie ist die empfindlichste, hat allerdings die meisten Eigenhemmungen. Empfindlichkeitsskala: 1. Aktivmethode, 2. Kaup, 3. Original-WR. Komplement verschwindet sehr schnell durch Schütteln. Eingesandte Sera sind stets nach der Originalmethode zu untersuchen.

Kadisch (Schlußwort): Zunächst möchte ich in bezug auf die Einwände, welche sich auf die Haltbarkeit des Serums, d. h. des Komplements, beziehen, meine Ausführungen dahin ergänzen, daß an unserer Charlottenburger Klinik etwa 90% der Seren aus dem klinischen Betriebe stammen, die restlichen 10% sind von draußen zur Untersuchung eingesandt. Bei dem so gemischten Serummaterial, welches fast ausschließlich nach 24 Stunden zur Untersuchung kam, resultierte eben der vorhin angegebene Prozentsatz von 8% für die Kontrollhemmungen.

In bezug auf die Ausführungen von Herrn Prof. Bruck möchte ich bemerken, daß ich nicht der Ansicht bin, daß die Bruckscbe Reaktion, auch in Gemeinschaft mit Trübungs- oder Flockungsreaktionen, geeignet ist, die klassische WR zu verdrängen. Zumal, da Herr Bruck zugibt, daß für die in den Kontrollen gehemmten Fälle nachträglich die WR angestellt werden müßte, scheint mir, daß der Zeitbedarf zur Erlangung des Resultats ungewöhnlich ansteigen würde. Die Bruckscbe Reaktion bedarf einiger Stunden, erst dann würde man die WR ansetzen. Um eine solche Vorreaktion anzusetzen, scheint mir die von mir angegebene Schnellreaktion[1]) geeigneter. Man hat in 5 Minuten das Resultat und kann die WR ohne nennenswerten Zeitverlust ansetzen. Die Schnellreaktion ist auch eine aktive hämolytische Reaktion und hat als solche auch die Vorteile derjenigen Reaktionen, die auf demselben Prinzip beruhen.

Herr **Frei** und Fräulein **Koppel**-Breslau: **Ulcus vulvae chronicum und „Syphilome anorectal" in ihren Beziehungen zur Lymphogranulomatosis inguinalis.**

Frei und Koppel haben 5 Fälle von Ulcus chron. vulvae et ani (in letzterer Lokalisation von Fournier irrtümlicherweise als Syphilom aufgefaßt) beobachtet, die sämtlich vorher eitrige Leistendrüsenbubonen durchgemacht hatten. Da die Personen zugleich alle eine positive Lymphogranulomreaktion gaben, ist anzunehmen, daß es sich bei den Bubonen um Lymphogranulomatosis ing. gehandelt hatte, zumal in drei von den Fällen auch klinische Anhaltspunkte dafür sprechen. Die L. i. spielt also in der Ätiologie des Ulcus chron. vulvae et ani eine ganz besonders wichtige Rolle. Demgegenüber trat der Ulcum-molle-Bubo stark an Bedeutung zurück. Denn vier von den Fällen zeigten bei der Itoschen Ulcus-

[1]) M. Kl., 1926, Nr. 43; vgl. auch Heinemann, Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 31, S. 552, und M. m. W.

Digitized by Google

molle-Probe eine negative Reaktion und der fünfte nur eine schwach positive; allerdings müssen diese Untersuchungen noch auf Gegenden ausgedehnt werden, wo das Ulcus molle mehr verbreitet ist als in Schlesien. Die erhobenen Befunde haben in therapeutischer Beziehung und vor allem für die Frage der Prophylaxe des Ulcus chron. vulvae et ani Bedeutung.

Herr **E. Langer**-Berlin: **Zur Diagnose der Harnröhren- und Blasenmißbildungen.** (Ausführlich erschienen in Derm. W., Nr. 39a, S. 1363.)

Die röntgenologische Darstellung der Harnröhre und der Blase nach bzw. während der Injektion von 20%igem Jodipin gibt bei Strikturen, Mißbildungen u. ä. oft wichtige Aufschlüsse, zumal in Fällen, die mit hartnäckigen frischeren Entzündungsprozessen kompliziert sind. Besonders wertvoll ist sie dann, wenn eine Urethrozystoskopie technisch nicht möglich ist. Demonstrationen.

Herr **Paul Unna jun.**-Hamburg: **Die Bekämpfung der Lepra.**

Unsere Kenntnisse über Biologie des Lepraerregers und seine Verbreitungsweise stecken noch in den Kinderschuhen. Wir kennen nur einigermaßen seine Morphologie und wissen positiv, daß Ansteckungen vorkommen. Die Art und Weise seiner Übertragung aber ist uns noch vollkommen unbekannt. Uns fehlen sogar die nötigen Hilfsmittel, den Infektionsmodus zu studieren und Heilmittel zu seiner Bekämpfung auszuprobieren. Hiermit meine ich das Fehlen seiner leichten bakteriologischen Kultivierbarkeit und die Schwierigkeit seiner Überimpfung nicht nur auf Versuchstiere, sondern auch auf Menschen.

Das einzig Sichere ist also, daß die Ausbreitung der Lepra in allererster Linie, wenn nicht ausschließlich, an den Menschen geknüpft ist.

So also ist die Lage der Völker einer gefährlichen, heimtückischen und einschleichenden Seuche gegenüber, die jährlich ungeheure Opfer an Nationalvermögen fordert und das Glück zahlreicher Familien zugrunde richtet, eine außerordentlich schwierige. Doch dies ist nur die materielle Seite der Leprafrage. Ihr gegenüber steht die nicht minder wichtige ideelle Seite; ich meine die abergläubische Furcht vor der Lepra. Diese drückt sich schon in dem Namen aus.

Es gibt keine Krankheit, die von Dichtung und Sage so verleumdet ist wie die Lepra. Das Grauen, der Ekel und Widerwille von allen Krankheiten zusammengenommen scheint gemeinsam auf diese eine Krankheit gehäuft zu sein. Was veranlaßte die Menschen, gegen eine solche Krankheit, die nur wenig ansteckend ist und das Leben im allgemeinen nicht verkürzt, so leidenschaftlich Partei zu ergreifen?

Es ist vor allem das abschreckende Äußere der Leprakranken, welches sich in häßlichen Verunstaltungen des leprösen Gesichtes (Leontiasis und paralytisches Gesicht mit Lagophthalmus) und nekrobiotischer Verstümmelung oder Lähmung von Armen und Beinen zu erkennen gibt. Dazu gehen diese Schreckbilder nicht etwa durch Heilung oder Tod bald wieder vorüber, sondern im Gegenteil. Das Allgemeinbefinden leidet durch die größten Verstümmelungen nur wenig. Die Leprösen können mit

Digitized by Google

ihnen sehr alt werden, während bei anderen chronischen Seuchen bei Vorhandensein ebensolcher Verstümmelungen das ungünstige Ende meistens nicht lange auf sich warten läßt. Der Glaube an die Unheilbarkeit der Lepra war noch bis vor kurzem in der ganzen Welt verbreitet. Die Krankheit gewann einen abergläubischen Nimbus dadurch, daß sie in der Bibel als eine Strafe Gottes hingestellt ward. Hiob und Lazarus waren Lepröse. Durch einen unglücklichen Übersetzungsfehler wurde die „Zaraath" des alten Testaments, die, wie mein Vater und andere nachwiesen, nichts ist als ein religiöser Begriff der Priester und etwa „moralische Unreinheit" bedeutet, mit der Leprakrankheit der frühchristlichen Jahrhunderte verwechselt.

Erst mit Beginn des ernsthaften Studiums dieser Krankheit, das mit den Namen DANIELSON, BOECK und ARMAUER HANSEN verknüpft ist, begann die Ärztewelt, diese Krankheit richtig einzuschätzen.

Es ist menschlich zu verstehen, daß, als im Beginn der Neuzeit die Staaten sich dieser geheimnisvollen und als unheilbar geltenden Seuche gegenüber sahen, sie zu ihrer Bekämpfung zu möglichst strengen Maßnahmen griffen. Da in Europa, und besonders in Deutschland, die Meinung verbreitet ist, daß die mittelalterliche Lepra durch Isolierung der Leprösen zurückgegangen sei, so wurde auf der ersten Leprakonferenz in Berlin im Jahre 1897 der unbedingte Isolierungszwang für alle Leprösen gefordert und in Deutschland, Österreich, Schweden und Norwegen auch durchgeführt. In Deutschland wurde durch das rigorose Lepragesetz von 1904 die Lepra in dieselbe Kategorie mit Pest und Cholera eingereiht.

Wie STICKER erzählt, ist auf der Leprakonferenz in Berlin 1897 wiederholt ausgesprochen worden, ein Lepröser in Deutschland, Frankreich und Italien sei ein Bazillenvulkan, der über ganz Europa Tod und Verderben speien könnte, wenn man ihn nicht auslösche. Jede Erfahrung weist eine derartige maßlose Übertreibung zurück. Die Gefahr der Übertragung ist sicher vorhanden, aber äußerst gering. Die geringsten Vorsichtsmaßnahmen sind imstande, die Gefahr der Ansteckung zu beseitigen. Immerhin sprechen sich die meisten der deutschen Autoren für die unbedingte Isolierung aus. STICKER sagt im „Handbuch für Tropenkrankheiten", wenn wir in der Seuchenlehre etwas bestimmt wüßten, so ist das einzig sichere Verfahren, die fortschreitende Ausbreitung zu verhüten, die Ausstoßung aller Leprösen aus der menschlichen Gesellschaft.

Die zweite Leprakonferenz in Bergen zeigte gegen die radikalen Vorschläge der ersten Konferenz eine deutliche Tendenz zur Milderung dieser Maßnahmen. Die Isolierung wird zwar beibehalten, ebenfalls das Verbot von Gewerben, die die Übertragung begünstigen. Die Lepra ist nicht unheilbar, wenn auch sichere Heilmittel bisher fehlen. Daher muß nach solchen Heilmitteln gesucht werden.

Noch weitere Milderungen enthielten die Vorschläge der dritten Leprakonferenz, die 1923 in Straßburg tagte. Schon in den ersten Paragraphen ist dies deutlich sichtbar. Die gesetzlichen Maßregeln gegen Lepra haben sich den Verhältnissen der verschiedenen Länder anzupassen. Ländern mit geringer Lepraverbreitung ist Isolierung zu empfehlen. Diese soll so human wie möglich sein und den Patienten gestatten, so nahe als möglich bei seiner Familie zu wohnen. Eingeborene, Bettler und Vaga-

Digitized by Google

bunden sollten, je nach Art ihres Landes, in Hospitälern, Sanatorien und landwirtschaftlichen Kolonien isoliert werden. Die Trennung der Kinder von leprösen Eltern ist anzuraten. Die Ansteckungsgefahr der Lepra muß der Bevölkerung klargemacht, Mitglieder lepröser Familien müssen periodisch untersucht werden. Lepröse sollten nicht Berufe ergreifen, welche leicht Bazillen verbreiten können. Die Gesellschaft hat die Pflicht, für Arbeitsunfähige zu sorgen und ihren Lebensunterhalt zu ermöglichen.

Der holländische Lepraforscher KAYSER sagt bei einer Besprechung des dritten Kongresses, daß man den Eindruck gewinnt, daß sich allmählich humanere Auffassungen über die Behandlung der Leprakranken durchzusetzen beginnen gegenüber den strengen Maßregeln von früher, und daß letztere auch wenig Einfluß auf die Zahlverminderung der Leprösen gehabt haben, sondern daß diese Zahlverminderung überall mit einer Verbesserung der allgemeinen hygienischen Zustände zusammenhängt.

RAVELLO und MOTTA berichteten auf der Straßburger Konferenz, daß auf den Philippinen die Vorschriften der Zwangsisolierung, die 1906 eingeführt worden waren, durch den Unwillen der Bevölkerung verdrängt wurden und auch keinen Erfolg hatten, so daß man zur Isolierung im Hause übergegangen ist.

Ähnlich äußert sich STEVENNEL über die Verhältnisse in Französisch-Guayana.

CAMPHOUT aus Belgisch-Kongo berichtet, daß die Eingeborenen des Kongos unter keinen Umständen die Trennung von ihrer Familie oder die Entfernung aus ihren Häusern, selbst mit ihren Weibern, zulassen.

Dr. MATHIES aus Kambodja und Dr. ALBERT aus Culion halten das System der Zwangsisolierung für eine drakonische, das Familienleben zerstörende Maßregel, welche die Lepra in den Philippinen überhaupt nicht nennenswert vermindert hat. Die rigorosen Polizeiverordnungen haben nur das eine Resultat, die so leicht zu verheimlichenden Anfangsfälle zu verbergen zu einer Zeit, wo die Behandlung am aussichtsreichsten ist. Die Isolierung sollte auf die Leprösen mit offenen Wunden, die im Hause nicht genügend gepflegt werden können, beschränkt sein.

Diese Anschauungen werden von KAYSER in seinem bereits erwähnten Bericht noch besonders unterstrichen.

BERON-Sofia teilt mit, daß die Lepra aus Bulgarien ohne drakonische Isolierungsmaßnahmen verschwunden ist. Nur Schwerkranke mit Geschwüren auf der Haut oder im Munde wurden isoliert.

CHOSKY aus Bombay, einer der Hauptvertreter der Isolierung, berichtet aus Matunga, daß von 1911 bis 1926 in den Leprosorien von Matunga 1693 Leprakranke aufgenommen wurden, wovon 633, also fast 40%, trotz einer eisernen, 8 m hohen Umzäunung weggelaufen waren.

MARCHOUX-Paris spricht sich gegen eine strenge Isolierung aus. Die Tuberkulose sei viel ansteckender als die Lepra. Die deutlich erkennbaren Leprafälle seien viel ungefährlicher. Unter den Krankenschwestern, die in Lepradistrikten arbeiten, erkranken viel häufiger diejenigen, die in Schulen Unterricht geben als diejenigen, die in Hospitälern pflegen.

Die Leprosorien und die Isolierung von Leprakranken sind Überreste der Kultur des Mittelalters, die Leprösen sind genau so wenig Paria wie die Tuberkulosekranken. Man muß die Leprakranken genau so behandeln wie die Tuberkulosekranken.

Digitized by Google

Die oben geschilderten Anschauungen einiger erfahrener Leprologen decken sich absolut mit den unsrigen, die wir in Hamburg an einem Leprakrankenmaterial, das sich aus Angehörigen aller Länder der Welt zusammensetzte, gewonnen haben.

Die gewaltsame Isolierung in einem Leprosorium, mag dasselbe noch so komfortabel eingerichtet sein, ist ein Überbleibsel des Mittelalters und unserer modernen Kultur durchaus unwürdig. Vor allem muß gefordert werden, daß den der Freiheit beraubten Menschen ein angemessener Lebensunterhalt gewährt, sodann auch in ausreichender Weise für die des Ernährers beraubte Familie gesorgt wird, ferner, daß die in Leprosorien eingesperrten Kranken nicht hilflos ihrem Schicksal überlassen, sondern als Kranke behandelt werden. Die Isolierung sollte möglichst im eigenen Hause stattfinden. Die Bevölkerung sollte hinreichend über die Ansteckungsgefahr aufgeklärt werden. Nur Vagabunden und Bettler, die nicht über ein eigenes Heim verfügen, sollten in Krankenabteilungen behandelt werden. Nicht Isolierung, sondern Behandlung ist notwendig! Wie unwirksam die Isolierung bei den Eingeborenen funktioniert, ist an dem angeführten Beispiel von CHAMPOUT aus dem Kongogebiet und CHOSKY aus Matunga erläutert worden.

Aber eine Erfahrung, die auf der Leprakonferenz nicht mitgeteilt wurde, machen wir in Hamburg sehr häufig, nämlich, daß gutsituierte Menschen aus allen Teilen der Welt die Krankheit erwerben und jahrelang die meistens geringe Symptome bietende Krankheit verbergen. Auf Grund der herrschenden strengen Vorschriften entziehen sie sich dem Zwange des Gesetzes und bilden infolgedessen eine bedeutende Gefahr für ihre Umgebung. Wenn sie schließlich dann durch ihr Aussehen ihren Zustand nicht mehr verheimlichen können, gelingt es ihnen leicht, nach Europa auszuwandern, wo sie teils gar nicht als leprös erkannt, teils keine Isolierung (z. B. in Frankreich und Belgien) zu befürchten haben.

Zur Illustration gebe ich kurz zwei Beispiele:

Eine argentinische Hebamme mit ausgesprochener Knotenlepra besuchte ihre Verwandte in Deutschland. Sie wurde an zwei deutschen Universitäten längere Zeit beobachtet, ohne jedoch behandelt zu werden. In unserem Lepraheim wurde sie bald bedeutend gebessert, so daß sie sich entschloß, wieder in ihre Heimat zu reisen. Dort angelangt, dankte sie für die Behandlung. Im übrigen wäre von einem ihr bekannten Arzt festgestellt worden, daß sie niemals Lepra gehabt habe. Sie sei völlig gesund. Es ist zweifellos, daß diese Patientin durch den jahrelangen Kontakt mit schwangeren Frauen eine bedeutende Gefahr für diese darstellte.

Eines Tages kam eine Patientin in unsere Klinik, der man schon von weitem Knotenlepra ansah. Sie hatte eine ausgesprochene Leontiasis, große viereckige Lepraohren und eine Braunfärbung aller Knoten. Zu meinem größten Erstaunen erklärte sie ihre Erkrankung für Warzen. Sie war mit einem Luxusdampfer von drüben gekommen. Weder der Schiffsarzt, mit dem sie häufig gesprochen, noch ein verwandter Arzt in einer Hauptstadt Mitteldeutschlands hatten den leisesten Verdacht gehabt, daß es sich um Lepra handeln könnte.

Aus diesen beiden Fällen ist der Schluß zu ziehen, daß bei der Unwissenheit vieler europäischer Ärzte in bezug auf Lepra selbst ausgesprochene lepröse Krankheitserscheinungen unbemerkt bleiben können, wie-

Digitized by Google

viel mehr die unscheinbaren Anfangssymptome der Lepra, welche selbst den erfahrenen Leprologen in der Diagnose Schwierigkeiten bereiten können.

Die Isolierungsgesetze führen, wie wir gesehen haben, direkt zur Verheimlichung der frischen Fälle und sind, da die frischen Fälle die gefährlichsten Ansteckungsquellen darstellen, die Hauptursache mit zur Verbreitung der Lepra.

Die Isolierung der Leprösen hatte nur so lange einen Sinn, als man keine Behandlungsmethode der Lepra kannte. Seitdem die Heilbarkeit der Lepra allgemein anerkannt worden ist, ist die Zwangsisolierung aller Leprösen, auch die der leichteren Fälle überflüssig geworden. Sie wäre wohl auch niemals eingeführt worden, wenn schon vor vielen Jahren die erfolgreiche Bekämpfung der Lepra durch Medikamente bekannt gewesen wäre.

Es liegt nicht im Wesen meines Vortrages, Ihnen ausführlich über die modernen Heilungsmethoden der Lepra zu berichten. Nachdem zuerst mein Vater, P. G. UNNA, sich 1887 mit seiner ganzen Autorität für die Heilbarkeit eingesetzt hatte, und 10 Jahre später ENGEL und DEYKE ebenfalls die Heilbarkeit der Lepra behauptet hatten, waren es erst die Untersuchungen von DEAN und MACDONALD in Hawai und von ROGERS und MUIR in Kalkutta, welche einen Umschwung in der öffentlichen Meinung herbeiführten. Früher galt die Lepra als ein „noli me tangere". Seitdem der Ruf von der Heilbarkeit der Lepra sich in allen Ländern verbreitet hat und auch auf der Straßburger Leprakonferenz diese Tatsache bestätigt wurde, wird in allen Ländern über neue Heilmethoden der Lepra berichtet.

In unserer Klinik haben wir schon seit 1887 dauernd Fälle behandelt und einzelne zur Ausheilung gebracht.

Auf dem internationalen Kongreß in Lissabon hat mein Vater 1905 ein ausführliches Schema der Leprabehandlung gegeben, welches mit innerlicher Chaulmoograölbehandlung und einer äußerlichen Zerstörung sämtlicher Lepraerscheinungen mit Pyrogallol und anderen reduzierenden Mitteln arbeitete. Im Laufe der Jahre haben wir auch alle übrigen Behandlungsmethoden an unserer Klinik ausprobiert und uns vor allem von der Wirksamkeit der intravenösen Chaulmoograölbehandlung und der PALDROCKschen kombinierten Kohlensäureschnee-Gold-Methode überzeugen können. Dennoch haben wir keine Veranlassung gehabt, unsere Methoden zugunsten der modernen aufzugeben.

Zusammenfassend kann ich sagen, daß die Heilbarkeit der Lepra in allen Ländern jetzt anerkannt ist, daß frühzeitig erkannte Fälle eine günstige Heilprognose gestatten, daß aber auch in bereits fortgeschrittenen Fällen noch Heilung erzielt werden kann. Allerdings gehört die Leprahеilung zu den schwierigsten therapeutischen Aufgaben, welche an uns herantreten. Dieses liegt an der heimtückischen, langsam einschleichenden Natur des Lepraerregers, welcher ohne größere Reaktionen des Körpers in denselben einzudringen vermag und dem behandelnden Arzt häufig unangenehme Überraschungen bereitet. Besonders den Augenerscheinungen stehen wir noch nach wie vor ziemlich machtlos gegenüber. Dennoch sollten Lepröse m. E. nicht anders beurteilt werden als Tuberkulöse.

Was soll man nun aber an die Stelle des bisherigen Isolierungssystems setzen? Die Antwort muß lauten:

Digitized by Google

Frühzeitige Erkennung und Frühbehandlung der Lepra.

Die frühzeitige Erkennung läßt sich natürlich nur dann durchführen, wenn die Leprösen ihre Frühsymptome nicht verheimlichen; das werden sie aber immer tun, wenn sie gegenwärtig sein müssen, von Haus und Familie entfernt und ohne Behandlung bis ans Lebensende eingesperrt zu werden.

Also los von dem System der gewaltsamen Isolierung!

An Stelle dessen Isolierung in der eigenen Häuslichkeit und ausreichende Behandlung. Nur bei Unvermögen, die hygienischen Maßnahmen durchzuführen, Aufnahme in ein Spezialkrankenhaus oder in ein ländliches Genesungsheim. Dies gilt besonders für Leute ohne Familienanhang, für Bettler und Landstreicher. Diese Maßregeln sind aber noch ungenügend. Es muß ein Fürsorgesystem eingerichtet werden, welches eine Reihe von Polikliniken auf dem Lande vorsieht. Es sollten dort alle Anfangsfälle von Lepra möglichst regstriert und behandelt werden. Wenn die Leprösen merken, daß sie nur behandelt, nicht aber isoliert werden, dann kommen sie von selbst, wie Beispiele aus der Literatur beweisen.

Die Behandlung sollte unentgeltlich gewährt und der registrierende Arzt und das Personal zur Geheimhaltung der Namen der Kranken verpflichtet werden. Eine Veröffentlichung der Namen der Kranken darf unter unter keinen Umständen stattfinden. Die Kranken sollten in den Häusern besucht werden dürfen. Sie könnten auch in den öffentlichen Polikliniken, denen das Odium der Lepraanstalt genommen ist, zur Behandlung kommen. Bei schweren Fällen sollte unentgeltliche Behandlung in den Krankenhäusern stattfinden. Die bisherigen Leprosorien können in gewöhnliche Krankenhäuser umgewandelt werden. Eine Ansteckungsgefahr ist von ihnen nicht zu befürchten. Die Infektionswege der Lepra sind mit allen Mitteln zu studieren. Ein detailliertes Behandlungsschema vorzuschlagen, wie es einzelne Forscher getan haben, halte ich für verkehrt. Es ist dies noch viel weniger zweckmäßig als bei der Behandlung der Tuberkulose. Im großen und ganzen hat es sich aus didaktischen Gründen bewährt, die Fälle in mehr akut verlaufende und mehr chronische einzuteilen.

Die ersteren müssen vorsichtig mit milden Methoden behandelt werden, während bei den letzteren stärkere, z. B. parenterale Methoden angewandt werden können.

Es kommt weniger darauf an, auf welche Weise man die Lepra behandelt. Viel wichtiger ist es, daß die Behandlung so früh wie möglich einsetzt. Nur wenn man die Lepra dort bekämpft, wo sie am leichtesten zu beseitigen ist, nämlich in dem Anfangsstadium der Erkrankung, wird man dem Ziele, diese furchtbare Geißel der Menschheit auszurotten, näherkommen.

Aussprache: ARNING-Hamburg spricht über die Schwierigkeiten des Leprastudiums bedingt durch das Fehlen der uns für andere chronische Infektionskrankheiten zu Gebote stehenden Methoden der Untersuchung und Kontrolle. ARNING warnt daher die Ansteckungsfähigkeit der Lepra zu unterschätzen und die Isolierungsmaßnahmen aus zu weit getriebener Sentimentalität fallen zu lassen und gibt Beispiele von sicherer Ansteckung.

HOLLÄNDER-Bielefeld: Hinweis auf eine Veröffentlichung in Nr. 8 der Ann. de Derm. et de Syph., in der ein Fall von Lepra beschrieben ist, der auf Ansteckung zurückgeführt wird.

Digitized by Google

P. UNNA jun.-Hamburg (Schlußwort) stimmt ARNING in vielen Punkten bei, z. B. bezüglich der Unterschiede von Rattenlepra und Menschenlepra. Was die Fälle von Leprainfektion innerhalb eines leprafreien Landes betrifft, so ist U. außer dem ARNINGschen Fall noch ein zweiter Fall in Deutschland bekannt, in Frankreich sind außer den von HOLLÄNDER angeführten noch eine Reihe von anderen Fällen veröffentlicht worden. Diese genügen aber nicht, um die Notwendigkeit eines Isolierungszwanges zu rechtfertigen. Gerade in Frankreich haben noch bis vor kurzer Zeit Lepröse mit anderen Kranken in den Hospitälern durcheinander gelegen. In der Umgebung der großen Leprosorien sind Ansteckungsfälle nicht bekannt geworden. Die negativen Impfversuche vieler Forscher, z. B. von DANIELSEN und neuerdings von BARGEHR, auf gesunde Menschen beweisen die geringe Ansteckungsfähigkeit der Lepra. Lepra ist wie Tuberkulose zu beurteilen. Beginnende Leprafälle sind mit Sicherheit zu heilen. Nicht falsche Sentimentalität, sondern dürre Tatsachen veranlassen uns, für die Aufhebung des Isolierzwanges einzutreten.

Herr **C. L. KARRENBERG**-Hamburg: **Die norddeutsche Pilzflora. Ergebnisse eigener Untersuchungen mit Bemerkungen über die Epidemiologie der Dermatomykosen speziell in Hamburg.**

Ich möchte kurz über die Ergebnisse zweieinhalbjähriger mykologischer Studien berichten, die wir während dieser Zeit im Pilzlaboratorium der Klinik RITTER vorgenommen haben. Der Bericht soll sich aus äußeren Gründen erstrecken lediglich auf die Hautpilze in SABOURAUDschem Sinne. Zugrunde liegen ihm rund 400 Fälle von Hautpilzerkrankungen: 7 Infektionen mit Achorion, 50 Infektionen mit Trichophyten, 60 Infektionen mit Mikrosporen und 100 Infektionen mit Epidermophyton wurden kulturell als solche erhärtet, d. h. in 217 Fällen von 400 war die Kultur positiv. In den übrigbleibenden Fällen, die sich zum größten Teil aus Epidermyphytie, dann auch aus Mikrosporie zusammensetzen, wurde nur in einem kleinen Teil der Kulturversuch angesetzt, die übrigen blieben ununtersucht; diese Fälle waren meist anbehandelt und deshalb für eine kulturelle Untersuchung nicht geeignet. — Ich möchte Ihnen nun in tabellarischer Darstellung die Ergebnisse unserer Untersuchungen vergleichsweise mit denjenigen von PLAUT, LEWANDOWSKY und GRÜTZ demonstrieren und kurz erläutern. (Siehe Tabelle auf S. 1928.)

Von den Infektionen mit A. Schoenleinii betraf ein Fall einen Auswanderer, der andere Fall ist der von HABERMANN beschriebene mit Favid; wir konnten sowohl aus den Kopfherden als auch aus dem Favid den Erreger sicherstellen. In den Fällen mit Quinckeanuminfektion waren bei zwei Patienten sicherlich Mäuse die Überträger. Die Achorion-violazeum-Infektionen betrafen je einen Patienten aus Hamburg und aus der Umgebung; bei ersterem bestand ein trichophytoider Herd an der rechten Hand (Fall Muschter), bei der letztgenannten, einer Kuhmagd, die mit „rotlaufkranken"Schweinen in Berührung gekommen war, fanden wir einen trichophytoiden, eigenartig psoriasiformen Herd im Bereich der linken Mamma, der angeblich noch nicht lange bestanden hatte.

Die Mikrosporie stellt in Hamburg naturgemäß einen Hauptteil der Dermatomykosen überhaupt; bemerkenswerterweise fanden wir zweimal das Microsporon lanosum (PLAUT bestätigt) als Erreger leicht entzündlicher Kopfherde, die sich nicht wesentlich von den Audouini-Plaques unterschieden. Von dem letztgenannten Pilz wuchsen viele Fälle leicht atypisch, etwa so, wie es PLAUT für das Microsporon hamburgense beschrieben hat; wir werden demnächst in einer ausführlichen Publikation

Digitized by Google

auf diese Frage zurückkommen. Der Pilz ruft hier sehr oft Körperherde hervor, wie schon LEWANDOWSKY angab, und zwar in Form ganz oberflächlicher Herpesplaques, die, vor allem bei pigmentierten Individuen, ab und zu eigenartig bestäubt aussehen. In letzter Zeit sahen wir einen Fall von Kerionbildung durch Microsporon Audouini auf dem Kopf eines Kindes; daneben fanden sich ebenfalls im Bereich des behaarten Kopfes multiple tuberöse, bereits lange bestehende Knoten mit leicht livider Verfärbung, fast an Granuloma trichophyticum MAJOCCHI erinnernd.

	PLAUT 1897—1914 ? Fälle	LEWANDOWSKY 1909—1915 208 Fälle	GRÜTZ 1919–1922 200 Fälle	KARRENBERG 1926—1928 217 Fälle
Achorion				
Schoenleinii	selten	4	6	2
Quinckeanum	häufiger	häufiger	1	3
violaceum	1 ?	0	0	2
Microsporon				
Audouini bzw. hamburgense	häufig	70	8	53
depauperatum	0	0	2	0
lanosum	0	0	0	2
Trichophyton				
acuminatum	0	0	0	2
crateriforme	2	0	19%	0
exsiccatum	0	0	0	1
regulare fumatum	0	0	4%	0
violaceum	1	4	5%	1
cerebriforme	häufig	70%	14%	9
plicatile	0	0	10%	1
gypseum	häufig	7	12%	10
persicolor	0	0	0	1
niveum	selten	3	8%	1
rosaceum	0	1	4%	4
vinosum	0	1	0	3
equinum	selten	0	4%	0
faviforme	selten	11	20%	17
Epidermophyton				
inguinale	1 ? sehr häufig	sehr häufig	0	92
rubrum	0	0	0	2
KAUFMANN-WOLF	0	0	0	6

Neben der Mikrosporie kommt hierzulande als wesentlichste Dermatomykose in Betracht die Epidermophytie, weniger als dyshidrosiform ekzematoide Veränderung der Extremitäten — bei diesen Formen fanden wir neben Epidermophyton inguinale auch den Kaufmann-Wolff-Pilz —, wie als klassisches Ekzema marginatum mit oder ohne Körperherden. Die Erkrankung ist z. B. auf unserer Gonorrhoestation endemisch, sie tritt in größerem Umfange ab und zu auf, unabhängig von der Jahreszeit; neben zahlreichen Erkrankungen finden wir dann immer wieder Patienten, die nicht erkranken, obschon die Infektionsgelegenheiten gerade bei ihnen sehr günstig sind. Daneben findet man relativ oft sporadische Fälle.

Das größte Interesse bieten — mykologisch gesprochen — die neuerdings hier gefundenen Trichophytonarten. Ich will in Anbetracht der Kürze der Zeit davon absehen, Ihnen ausführlichere Details zu

Digitized by Google

geben, sondern nur in großen Zügen eingehen auf die aus der Tabelle ersichtliche Tatsache des ganz bedeutenden Überwiegens der tierischen Arten. GRÜTZ hat darauf hingewiesen, daß man unter dem Vieh hierzulande sehr oft Trichophytie antrifft; wir hatten Gelegenheit, uns ebenfalls persönlich davon zu überzeugen, und zwar ist, wie auch speziell für Hamburg DELBANCO hervorgehoben hat, die Erkrankung des Viehs durch faviforme Trichophyten die häufigste; wir konnten diese Erreger aus tierischem Material züchten. Ob zwischen dem Trichophyton faviforme album und ochrazeum überhaupt ein Unterschied gemacht werden muß, erscheint uns mehr wie fraglich (Projektion); LEWANDOWSKY züchtete meist das Trichophyton faviforme ochrazeum, wir meist ein mehr weißlich wachsendes, daneben aber auch Kulturen, die teils gelblich, teils weiß wuchsen. Das Vieh aus der Umgebung stellt in vielen Fällen die Infektionsquelle dar, wie man durch Erheben einer genauen Anamnese feststellen kann. In anderen Fällen aber — und das erscheint uns sehr wesentlich — läßt die Anamnese vollkommen im Stich; die Fälle kommen aus dem Stadtzentrum, sind in der in Frage kommenden Inkubationszeit nicht auf dem Lande gewesen — naturgemäß kann man hieraus auch noch keinerlei Folgerungen ziehen, aber die Tatsache verdient doch, registriert zu werden, zumal wir noch Übertragungen tierischer Erreger in Schulen usw. sahen. Vielleicht nisten sich die tierischen Erreger allmählich in der Stadt ein unter Zurückdrängung der humanen Arten — vielleicht ist auch z. B. der Befund des früher hier sehr seltenen Trichophyton rosazeum bzw. vinosum (LEWANDOWSKY je 1 Fall) ein Beweis für die west-östliche Wanderung dieser Arten, von denen das Rosazeum während des Krieges von England über Holland nach Berlin „wanderte", wo es nach Kriegsende laut dem Bericht BUSCHKEs wieder verschwand, während man es z. B. nach PAAPEGAIY heute noch in Amsterdam in 90% aller Fälle findet. Ich will es mir versagen, aus all diesen Tatsachen weitere Folgerungen zu ziehen — unser Material ist zu klein dazu und stammt nur von einem der drei hamburgischen großen Krankenhäuser, stellt somit immer lediglich Einzelbeobachtungen dar, aus denen sich, wie SSEUTSMANN trefflich hervorhebt, keine Statistik machen läßt. Es sei nur noch hervorgehoben, daß es uns ähnlich so ging, wie GRÜTZ, daß wir nämlich mykologisch in einem Teil der Trichophytonkulturen uns zunächst zu keiner Diagnose entschließen konnten, eine Ansicht, die PLAUT vollkommen unterschrieb, besonders beim Trichophyton cerebriforme. Das liegt ja in der Natur der Sache, wenn man die Mykologie nicht von der rein schematischen Seite her auffaßt, sondern von dem biologischen Standpunkt im Sinne BLOCHs und GRÜTZs.

Meine Damen und Herren, ich möchte noch auf einen wesentlichen Punkt hinweisen, der von praktischer Bedeutung ist. Pilzerkrankungen werden infolge der Eigenart des Materials immer nur an Krankenhäusern systematisch erforscht. Solange sich diese Forschung lediglich auf die örtliche Flora erstreckt, ist sie als erfreuliches Zeichen zu buchen. Wird sie aber daneben noch statistisch ausgewertet, wie es vor allem z. Zt. in Amerika üblich ist, so kann das zu ganz falschen Vorstellungen führen. Etliche Veröffentlichungen der neuesten Zeit haben verschiedentlich die Meinung aufkommen lassen, Pilzerkrankungen seien bis auf wenige Ausnahmen praktisch zu vernachlässigen, da

Digitized by Google

sie selten oder sogar sehr selten seien. Diesen Publikationen kann nicht genug das Wort eines erfahrenen Statistikers vom Range eines BERTILLON entgegengehalten werden: „Wir können niemals wissen, aus welcher Zahl von Einwohnern sich die Krankenhausklientel rekrutiert." Wir können vor allem nicht in Großstädten wissen, in welchem Maße wir prozentualiter das Material an Dermatomykosen erfassen, zumal nicht, wenn in der Stadt mehrere Kliniken vorhanden sind. Jedenfalls ist das eine sicher: Das Gros der Erkrankungen ist in Behandlung beim Praktiker oder aber es ist wegen der Geringfügigkeit der klinischen Erscheinungen überhaupt nicht in ärztlicher Behandlung, eine Tatsache, die bereits für Hamburg von LEWANDOWSKY zitiert worden ist. Wir bekommen immer nur einen kleinen Ausschnitt zu sehen! Und dadurch sollen wir uns nicht täuschen lassen. Über die eigentliche Epidemiologie der Dermatomykosen wissen wir sozusagen nichts, wir wissen vor allem nichts über das Gebiet, welches an unserem Material eine Rolle spielt, über die Verbreitung der Dermatomykosen beim Tier. Erfahrene Mykologen, wie z. B. GRÜTZ, haben nachdrücklichst darauf hingewiesen; bekanntlich stammt 95% der gesamten Literatur über Hautpilzerkrankungen beim Tier noch aus dem vorigen Jahrhundert!

Wir müssen weiterhin bedenken, daß eine große Gefahr droht von der Therapie her, speziell von der Therapie der Mikrosporie in Großstädten: die Kinder bekommen Thallium, werden nicht isoliert und stellen somit sozusagen permanente Infektionsquellen dar mit allen entsprechenden Folgen. Ich weiß nicht, ob das anderwärts auch so ist, jedenfalls haben wir an unserer Klinik diese Folgen zu spüren bekommen in Form langdauernder Mikrosporieepidemien, die in der Stadt einsetzten und lediglich auf mangelhafte Isolierung des ersten erkrankten Kindes zurückzuführen waren, und zwar auf mangelhafte Isolierung nach Thalliumdarreichung (Waisenhaus).

Das Ideal wäre die Meldepflicht jedes neu auftretenden Falles mit sofortiger Isolierung in einem Krankenhaus, gleichgültig, um welche Pilzgattung es sich handelt; dieser Vorschlag ist letzthin noch von ALBERTI in Italien gemacht worden, und wir können ihn für Hamburg voll und ganz unterschreiben. Wir dürfen nicht vergessen, welche Ausbreitung die Pilzerkrankungen während des Krieges genommen haben, daß z. B. HANS MEYER ausrechnete, daß der Ausfall für eine Armee an der Westfront durch die Erkrankten den Ausfall einer ganzen Division bedeutete; wir dürfen weiterhin nicht vergessen, daß die Pilzerkrankungen gar nicht die Schönheitsfehler sind, für die sie früher gehalten wurden, sondern daß sie u. U. doch sehr unangenehme Allgemeinerkrankungen darstellen!

Mögen vielleicht nach Ansicht vieler Untersucher diese Krankheiten selten sein: Prophylaxe ist die beste Therapie!

JADASSOHN-Breslau spricht den Einführenden und allen Vortragenden für die wohlgelungene und interessante Tagung den Dank der Teilnehmer aus.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. ROLLY, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. FRITZ CALLOMON, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 51 (Bd. 87) 22. Dezember 1928

Eine Ursache beim Baden entstehender Hautausschläge

Von

Prof. Touton in Wiesbaden

Mit 2 Abbildungen im Text

Die bereits 1923 erschienene Publikation O. Naegelis (Bern) über einen beim Baden entstehenden Hautausschlag, die sogenannten Hundsblattern (Exanthema caniculare), hat bei denen, die dem Idiosynkrasieproblem nachgehen, vielfach besonderes Interesse erregt; der Ursache des Ausschlags ist man aber nicht näher gekommen, trotzdem, wie mir Naegeli schreibt, der Hautausschlag in den letzten Jahren, namentlich aber in diesem Sommer in der Schweiz wieder mehrfach beobachtet wurde. Prof. K. Hansen von der inneren Abteilung des St.-Josefs-Krankenhauses in Heidelberg schreibt mir, daß er dreimal eine identische Hautaffektion sah, er bezeichnet sie als universelle Urtikaria mit ekzematösen und bullösen Komplikationen. Sie trat nach dem Baden im Rhein und Main auf. Ein auslösendes Allergen konnte er ebensowenig wie Naegeli identifizieren.

Nun schrieb mir kürzlich ein physiologischer Chemiker, Abteilungsvorsteher am Institut für Gärungsgewerbe, also kein Arzt, sondern im strengen Sinne ein Laie, folgenden Brief:

Im Anschluß an Ihren interessanten, in Nr. 31 der Umschau erschienenen Artikel[1]) möchte ich Ihnen über einen merkwürdigen Fall von Ceratophyllum-(Hornblatt-)Idiosynkrasie, den ich an mir selbst beobachten konnte, berichten: Wenn ich beim Schwimmen in unserem Badeteich mit meinem Körper an eine im Wasser schwimmende Ceratophyllumpflanze stoße oder sie nur leise berühre, bekomme ich kurze Zeit danach ein nesselartiges Jucken, verbunden mit rotem, aus vielen kleinen Pünktchen bestehenden Ausschlag, der nach $^1/_4$ Stunde wieder verschwindet. Nur das Hornblatt bewirkt diese Erscheinung, andere Wasserpflanzen wie Elodea usw. nicht, wie ich durch wiederholte einwandfreie Versuche feststellen konnte. Ich habe die Pflanze an das Institut für Wasserhygiene Dahlem eingesandt, um feststellen zu lassen, ob vielleicht irgendwelche niedrige Lebewesen mit Nesselorganen oder dergleichen an den Pflanzen sitzen oder die letztere vielleicht Kieselsäurenadeln besitzt; man konnte jedoch nichts Außergewöhnliches daran beobachten. Das Hornblatt ist allerdings, wie schon der Name sagt, eine sehr harte, wohl mit Kieselsäure inkrustierte, starre Pflanze.

Zwei bekannte Herren haben dieselben Erscheinungen des Juckreizes und Ausschlages beim Baden in diesem See sowie in Plötzensee (Berlin) öfter beobachtet. Andere Leute, z. B. meine Kinder, sind dagegen ganz unempfindlich."

Mit diesem Brief schien mit einem Schlage das von Naegeli aufgerollte Problem gelöst. Gleichzeitig mußte sich aber der, der nicht so-

[1]) „Legt euch nicht nackt auf Uferwiesen." T.

Digitized by Google

fort verallgemeinert, sagen, daß hier wenigstens eine Causa nocens für die Badedermatitis gefunden war, die auch experimentell bestätigt war. Bewundernswert ist der intuitive Verdacht des Briefschreibers gegenüber der verkieselten Oberfläche des Hornblattes. Und damit kommen wir wieder zurück zu unserer inzwischen schon mindestens siebenmal beschriebenen Uferpflanzen- oder Riedgrasdermatitis und rufen uns den das ganze Problem an der Wurzel anfassenden Aufsatz von E. URBACH und M. STEINER: „Gerstenstaubidiosynkrasie, ein Beitrag zur physikalischen Allergie der Haut" in die Erinnerung zurück. In gleicher Weise die Veröffentlichungen von W. W. DUKE, SIR THOMAS LEWIS und seiner Mitarbeiter, HARE, RONALD, SIR HUMPHRY ROLLESTON und F. PARKES WEBER. Sie alle kamen zu dem Resultat, daß die idiosynkrasische Überempfindlichkeit gegen physikalische Agentien wie Licht, Hitze, Kälte und mechanische Traumen in Wahrheit der Ausdruck einer Reaktion gegen einen histaminähnlichen Körper oder ein fremdes Eiweiß ist, welche in den Geweben frei gemacht werden durch das fragliche physikalische Agens. Wir denken dabei auch an J. JADASSOHNS und DOERRS Vermutungen der Bildung spezifischer Antikörper gegen die histaminähnlichen Eiweißkörper („Eiweißbrücke" DOERRS). URBACH und STEINER fassen also ihr beim Studium der Gerstenstaubdermatitis gewonnenes Resultat zusammen in die Sätze: „Im übrigen glauben wir, daß die mechanischen Insulte in unseren Fällen nur das auslösende Moment sind, durch die ein veränderter Reaktionszustand des Hautorgans manifest wird; denn mit DOERR nehmen wir an, daß nicht der auslösende Stoff als solcher, sondern die Reaktion des allergisch eingestellten Gewebes mit dem Antigen als das pathogene Agens anzusehen ist."

Beim Gerstenstaub waren es die verkieselten Haare der Basalborste, bei den Bambusscheidenblättern die sehr stark verkieselten Trichome, die bei den Empfindlichen eine starke mit Bläschenbildung einhergehende, sehr schmerzhafte Reaktion hervorriefen ebenso wie das Einreiben für die Haut sonst ganz indifferenter, pulverisierter Glaswolle. Es gelang URBACH und STEINER sogar nach der von ersterem mit KÖNIGSTEIN angegebenen Methodik, die Gerstenstaubidiosynkrasie auf normale Menschen zu übertragen. Von den Autoren, die über die Uferpflanzendermatitis berichteten, HARTMANN und BRIEL, H. WERNER SIEMENS, O. MARX, ROCK, OPPENHEIM und FESSLER, FÖRTIG und PHILADELPHY[1]), führen alle mit Ausnahme der beiden ersteren und des letzteren die Erkrankungen auf die rauhen Blätter von Gräsern oder Riedgräsern zurück, deren Oberhautzellen mehr oder weniger stark verkieselt sind. Auch bei der von KULP beschriebenen Dermatitis durch Schachtelhalme handelt es sich um eine stark verkieselte, rauhe Oberfläche, worauf URBACH und STEINER schon aufmerksam machten. OPPENHEIM und FESSLER hatten auch den größten Verdacht auf die scharfkantigen Riedgräser und speziell auf die in ihnen enthaltenen Kieselsäureverbindungen, die sie auch experimentell verwandten. Silistren und 1%iges NaSi ergaben keine Erfolge. Mit kristallisiertem NaSi gelang es aber zweimal, eine „einwandfreie" Reizung

[1]) PHILADELPHYS Fälle gehören zweifellos mit den hier genannten zusammen. Achillea millefolium allgemein als Ursache anzunehmen nach seinem einen positiven, experimentellen Fall, scheint mir ganz ausgeschlossen.

Digitized by Google

der Haut hervorzurufen. Die beiden Autoren halten es für am wahrscheinlichsten, daß die blasige Erkrankung nach Bädern mit darauffolgendem Liegen in den Uferwiesen bei nacktem Körper eine Über-

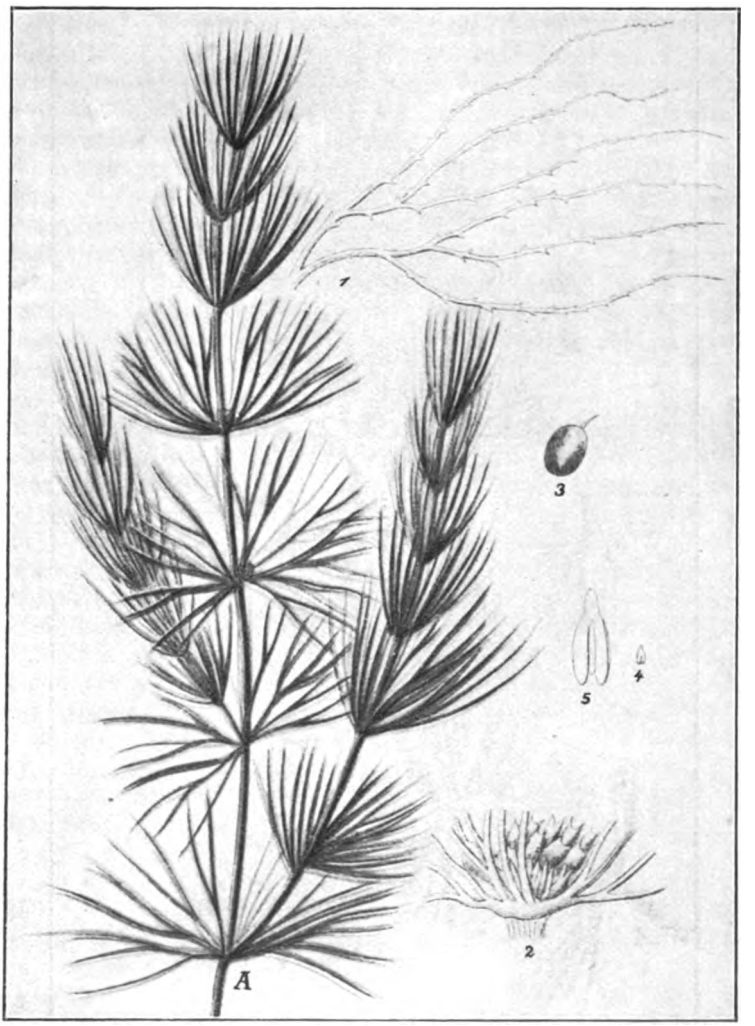


Abb. 1. Ceratophyllum submersum L. Glattes Hornblatt. (Nach Hallier, Flora von Deutschland, Bd. 9, Taf. 809. V. Auflage. Fr. Eugen Köhler, Gera-Untermhaus 1882.)

A = Zweig der Pflanze in natürlicher Größe. 1 = Blatt bei Lupenvergrößerung. 2 = Blütenstand, desgleichen. 3 = Frucht, ebenso. 4 = Keim in natürlicher Größe. 5 = Keim bei Lupenvergrößerung

empfindlichkeitsreaktion gegen die in den Gräsern enthaltenen Kieselsäureverbindungen bedeutet. Fraglich ist, ob sie dabei an eine physikalische Allergie im obigen Sinne denken.

Digitized by Google

Wenn sich dies absolut bewahrheitet, liegt natürlich nichts näher, als die beim Baden selbst auftretenden Ausschläge und die sich unmittelbar ohne Lagerung in den Uferwiesen anschließenden auf Wasserpflanzen

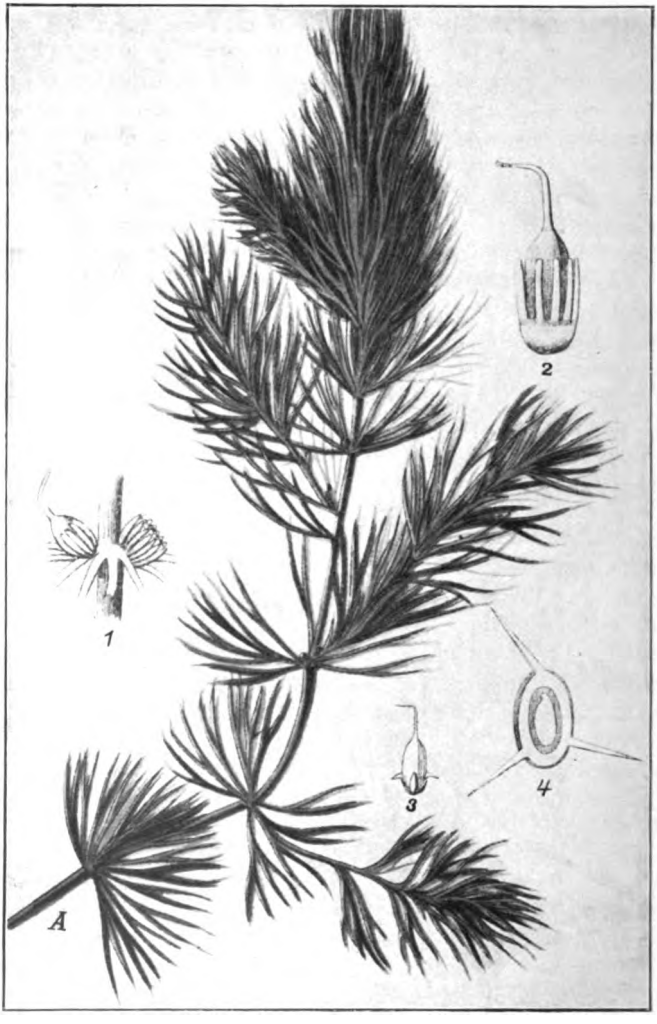


Abb. 2. Ceratophyllum demersum L. Spitzfrüchtiges Hornblatt. (Nach Hallier, Flora von Deutschland, Bd. 9, Taf. 810. V. Auflage. Fr. Eugen Köhler, Gera-Untermhaus 1882.)

A = Zweig der Pflanze in natürlicher Größe. 1 = Männliche und weibliche Blüte bei Lupenvergrößerung. 2 = Frucht, ebenso. 3 = Frucht in natürlicher Größe. 4 = Längsschnitt durch dieselbe bei Lupenvergrößerung

zurückzuführen, die ebenfalls eine verkieselte Oberfläche haben. Dazu gehört nun das Ceratophyllum, das Hornblatt, mit dem der Schreiber des eingangs mitgeteilten Briefes bei sich experimentell den Ausschlag

Digitized by Google

hervorrufen konnte. Derselbe stellt nur einen viel geringeren Grad dar als der von Naegeli beschriebene, nach dem die „Hundsblattern" erst am 2. oder 3. Tage voll entwickelt waren als persistente Quaddeln, manchmal auch mit Bläschen auf vorausgegangenen Erythemflecken. Naegeli konnte auch zweimal eine Inkubation bis in die zweite Nacht nach dem Bade feststellen. Die längste Dauer betrug 14 Tage, meist aber nur 2—3[1]). Dagegen spricht unser Briefschreiber nur von einem roten, aus vielen kleinen Pünktchen bestehenden Ausschlage, der bei ihm nach $^1/_4$ Stunde wieder verschwindet. Es ist natürlich unmöglich zu sagen, ob die beiden Ausschlagsarten zwei verschiedenen Pflanzen ihre Entstehung verdanken, oder ob es nur graduelle Verschiedenheiten bei verschieden großer Empfindlichkeit sind. Wie dem nun auch sei, das eine scheint festzustehen, daß durch Wasserpflanzen mit verkieselter Oberfläche Hautausschläge erythematös-urtikarieller Natur hervorgerufen werden können. Damit rangieren sie wohl zusammen mit der Uferpflanzen-, der Gerstenstaub-, Bambusblätter-, Reiskörner-, vielleicht auch Sorghumdermatitis. Sie bilden mit diesen, wenn man will, zusammen eine Gruppe allergischer Hautreizungen, die auf physikalischem Wege durch verkieselte Oberhautzellen verschiedener Pflanzen hervorgerufen werden.

Zum Schluß noch einiges Botanische. Die Ceratophylleae bilden bei Endlicher die 83. Ordnung der XXIV. Klasse, der Wasserkräuter, Aquaticae. Ceratophyllum ist das einzige Genus dieser Ordnung mit drei bei uns vorkommenden, äußerlich sehr ähnlichen Spezies: C. submersum L., demersum L. und platyacanthum Cham. Die Pflanzen leben untergetaucht in stehenden und langsam fließenden Gewässern, haben sehr fein zerteilte, aber derbe und starre Blätter und ganz unscheinbare einhäusige Blüten in den Achseln der quirlständigen, 2—3-gabelig geteilten Blätter. Bei C. demersum, der gemeineren Form, tragen die Früchtchen am Grunde zwei zurückgekrümmte Dornen. Die Gattung ist über die ganze Erde zerstreut. Die Blütezeit fällt in den Juli-August, also in die Hundstage. Ob damit auch eine Erhöhung ihrer allergischen Wirkung einhergeht, wie bei vielen anderen Pflanzen, wie auch bei unseren Arzneipflanzen im guten Sinne der Steigerung der Wirksamkeit des Heilstoffes, bleibe dahingestellt. Es käme hier darauf an, ob in dieser Zeit etwa die Verkieselung der Oberfläche zunimmt und eine gewisse maximale Höhe erreicht.

Ich glaube nun nicht, daß alle während des Badens entstehenden Hautreizungen und -entzündungen auf der Berührung mit Ceratophyllum beruhen, sicher aber einige. Es ist an den betreffenden Orten immer noch auf andere Wasserpflanzen mit verkieselten Oberhautzellen zu fahnden, z. B. auf Kieselalgen oder Diatomeen, Characeen, den Tannenwedel, Hippuris vulgaris, das Tausendblatt, Myriophyllum spicatum und verticillatum, um nur einige zu nennen. Die experimentelle Erzeugung des Hautausschlages zunächst bei dem Träger ist bei der Erforschung der Reizpflanze nicht zu vergessen.

---

[1]) Wie mir Naegeli kürzlich brieflich mitteilte, wurde in diesem Sommer, wo die Erkrankung in der Schweiz besonders reichlich auftrat, auch eine Krankheitsdauer von einigen Wochen beobachtet. Es ist dabei nicht bemerkt, ob die Betreffenden auch nach dem ersten Auftreten das Baden einstellten oder weiter badeten.

Digitized by Google

Nachtrag bei der Korrektur: Auf meine Bitte, sich über die Verkieselung der Ceratophyllumblätter zu äußern, schrieb mir Herr Geheimrat M. Möbius-Frankfurt a. M. auf Grund seiner daraufhin angestellten Untersuchungen an Herbarmaterial von C. demersum: „Beim Glühen blieben die Diatomeen, die also vielleicht doch durch ihre Kieselsäure die Haut reizen, und mit denen die Blätter stark besetzt waren, schön deutlich zurück, die spitzen Haare am Ende der Blattzipfel waren verschwunden. Aber das beweist noch nicht, daß in ihnen keine Kieselsäure eingelagert ist; denn ein Kieselskelett erhält man nur bei sehr starker Verkieselung, schwache ist schwer nachzuweisen. Übrigens sind die Haare ziemlich kräftig und könnten vielleicht auch schon als Stacheln eine empfindliche Haut reizen, wenn sie auch nicht so stark sind wie die an den Blatträndern von Carex. Vielleicht sind sie auch mit Kalk imprägniert, aber auch das ist schwer nachzuweisen; denn die Blasen bei Zusatz von Salzsäure können von außen ansitzendem Kalk kommen, schlagen doch die Wasserpflanzen (Chara!) leicht Kalk auf ihrer Oberfläche nieder, wenn sie ihm sein Lösungsmittel, die CO_2, durch Assimilation entziehen. — Man müßte wohl noch untersuchen, ob gewöhnlich an den Ceratophyllumblättern die Diatomeen (wohl Epithemia) so reichlich ansitzen, wie in meinem Falle. Denn man könnte sich wohl denken, daß sie sich durch die Berührung ablösen und wie kleine Schilferchen der Haut anhafteten, in dieser Weise also den Reiz erzeugend.“ Diese letztere Forderung von Möbius ergibt sich schon durch die Verschiedenheit seines Befundes und des in dem Institut für Wasserhygiene Dahlem erhobenen. Im Effekt ist es jedenfalls für die empfindliche Haut ziemlich gleichgültig, ob Kieselalgen (Diatomeen) dem Ceratophyllum gewissermaßen als einem Lieblingszwischenträger nur aufsitzen, oder ob seine eigenen Oberflächenzellen mehr oder weniger verkieselt sind. Naegeli hatte übrigens Diatomeen als Ursache des Hautausschlages sozusagen ausgeschlossen. — Dem verdienten Botaniker, Herrn Geheimrat Möbius, sage ich auch hier meinen herzlichsten Dank.

Literatur

Doerr, Arch. f. Derm., 1926, Bd. 151; Handb. d. inneren Medizin von Bergmann und Staehelin, 2. Aufl., Bd. 4, H. 2, S. 448, zit. nach Urbach und Steiner. — Duke, W. W., J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, S. 736; Radiology, 1925, Bd. 4, S. 279; Arch. of derm. a. syph., 1926, Bd. 13, S. 176; zit. nach Urbach und Steiner. — Förtig, H., Über strichförmige bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen. Derm. W., 1928, Bd. 86, H. 16, S. 538. — Hartmann und Briel, Über gehäuftes Auftreten einer bullösen Hauterkrankung in Strandbädern. Derm. Zschr., 1927, Bd. 50, S. 205. — Jadassohn, J., Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts, 1902. — Königstein, Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1923, Bd. 97, S. 262; zit. nach Urbach und Steiner. — Kulp, Zur Ätiologie und Pathologie toxischer Exantheme unter besonderer Berücksichtigung eines Falles von Eryth. exsud. multif. toxic. nach Zinnkraut. Dissertation, München 1922. — Lewis, Th., Brit. m. J., 1926, S. 61; zitiert nach Urbach und Steiner. — Marx, O., Über bullöse Hauterkrankungen in Strombädern. Derm. Zschr., 1927, Bd. 51, H. 5. — Naegeli, O., Über einen beim Baden entstehenden Hautausschlag, die sog. Hundsblattern (Exanthema caniculare). Schweiz. m. W., 1923, Nr. 49, S. 1121—22. — Oppenheim, M. und A. Fessler: Über eine streifenförmige bullöse Dermatitis (Freibad- und Wiesendermatitis). Derm. W., 1928, Bd. 86, Nr. 5, S. 183. — Philadelphy, A., Eine bullöse Hauterkrankung, hervorgerufen durch Achillea millefolium. W. kl. W., 1928, Nr. 3, S. 1. — Rock, H., Über 2 Fälle von Dermatitis bullosa systemisata phytogenes. Derm. W., 1928, Bd. 86, H. 5, S. 188. — Siemens, H. W., Über eine systematisierte

Digitized by Google

bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen. Derm. W., 1928, Bd. 85, S. 1577. — Urbach und Steiner, Gerstenstaubidiosynkrasie. Ein Beitrag zur physikalischen Allergie der Haut (Literatur). Arch. f. Derm., 1928, Bd. 153, H. 3, S. 772; hier auch zitiert: Hare, Ronald, Heart. — Weber, F. Parkes, Note on Idiosyncrasies and Abnormalities in Human Beings. Proc. of the Roy. Soc. of Med., 1928, Bd. 21, Nr. 7, S. 1211; hier auch zitiert: Duke, Lewis, Rolleston.

Aus der Klinik für Haut- und venerische Krankheiten an der Universität Perm
(Direktor: Prof. Dr. M. A. Rosentul)

Zur Frage der Ätiologie des Angiokeratoma Mibelli[1])

Von

Oberassistenzarzt K. L. Golschmid

Mit 5 Abbildungen im Text

Das Angiokeratom lokalisiert sich in der Regel — laut den Beobachtungen von Mibelli, Vidal, Brocq, Max Joseph, Rau, Escande, Bertarelli, Audry, Wischnievsky, Leredde, A. Milian, Scheuer, Goldschlag, Fuss u. a. — an den Extremitäten in Form eines feinen, schmerzlosen, knötchenartigen grauroten Ausschlages mit regelrecht runder Form von Stecknadelkopfgröße und darüber. Seltener kommt es in anderen Körperteilen vor. So befand es sich in dem Falle von Pringle auf der Ohrmuschel einer Kranken, welche im Laufe vieler Jahre an Frost gelitten hatte; in den Fällen von Richter und Michelson auf der Zunge; in dem Falle von Audry auf Nase und Ohrmuschel; in dem Falle von Thibierge auf der Nasenspitze; auf dem Skrotum hat es Sutton, Fordyce wie Nicolas, Massia und Dupasquier in einem Falle, Stümpke und Mibelli haben sogar Angiokeratoma corporis diffusum in zwei Fällen beobachtet. Schließlich hat sich in unseren Fällen das Angiokeratom in einem Falle auf dem Gesäß und in einem anderen auf der Zunge lokalisiert.

1. Fall. Studentin S., Virgo, 21 Jahre, aus einer Bauernfamilie (Abb. 1).

Anamnese: Vater Alkoholiker; Mutter gesund, hat 10 Kinder und eine Frühgeburt gehabt. Es leben noch 5; die übrigen, die vor unserer Kranken geboren wurden, sind früh gestorben. Tuberkulose, Syphilis und Geisteskrankheiten in der Familie nicht vorhanden. In früher Kindheit Skrofulose, 1919 Typhus recurrens und Lungenentzündung, seit 1924 Lungentuberkulose, wogegen sie sich in Baschkirien mit Stutenmilch kurierte. Menstruation erschien im 14. Lebensjahre.

St. praesens. Mittelgroß, gut genährt, Muskulatur gut entwickelt. Auf der Zunge sind die Papillen deutlich ausgesprochen. Thyreoidea etwas vergrößert.

Röntgenoskopie des Brustkastens: Drüsenpakete zu beiden Seiten des Hilus; Verdunkelung auf beiden Seiten der Lunge vom Hilus ausgehend; die rechte Lungenspitze ist niedriger, bleibt bei Exkursion hinter der linken; Wölbungen frei; Herz zeigt keine Abweichungen. Keine Knochenverdünnung. Auf der rechten Lungenspitze verlängertes Ausatmen. Riva-Rocci 110—70; Puls 82. Verstärkung der Sehnenreflexe, Tremor der Lider, Finger und Zunge; roter Dermographismus. Vis. oc. utriusque = I. Hypermetropische Refraktion durch Gläser in 1,00 D auf beiden Augen.

Haut: Lichen pilaris der unteren Extremitäten. Auf der linken Hinterbacke, teilweise in dem oberen Drittel des Oberschenkels, in großer Anzahl ein einförmiger,

[1]) Vortrag in Klin. Konfer. 16. I. 1928.

Digitized by Google

teils makulöser, teils knötchenartiger Ausschlag von perlenartigem Aussehen, beinahe runden Formen, punktartig, zuweilen oval, zerstreut; die einzelnen Elemente von Größe einer Nadelspitze oder eines Mohnkornes bis einer Linse; zuweilen fließen einige ineinander und bilden nicht große Plättchen. Die kleinen Flecken und Knötchen kirschrötlich, die Plättchen graurötlich.

Die kleinen kirschfarbigen Elemente weich, die Plättchen gröber, was von der ungleichmäßigen Entwicklung der Hornschicht abhängt. Bei Diaskopie ändert sich die Farbe nicht. Nach Durchstechen der Knötchen erscheint ein kleiner Blutstropfen. Bei Entfernung der Hornschicht von den alten Angiomen sieht man innerhalb derselben einen vertrockneten Blutstropfen. Während der Menstruation wird der Inhalt des Angiokeratoma dunkler. Alle Empfindungsarten der Haut an dem Orte des Ausschlages geschwächt.

Kapillaroskopie. Gefäßnetz normal entwickelt. Überall ist die Haarnadelform beibehalten. Die Blutzirkulation ist gleichmäßig — keine Abweichungen von der Norm. Das subpapillare Venennetz ist nicht sichtbar.

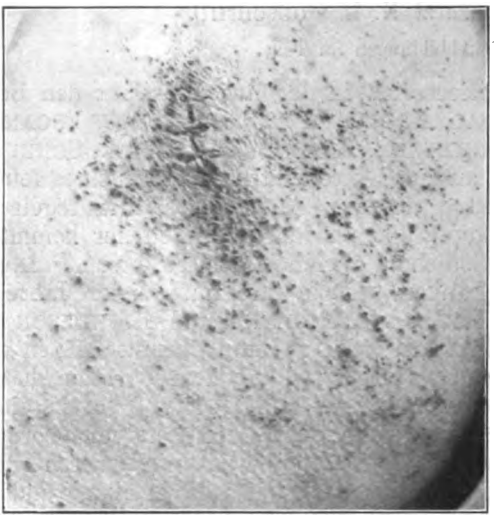


Abb. 1

Abb. 2

WR und SG 2mal ausgeführt negativ. Pirquetsche Reaktion mit Tuberkulin „bovin" 25%, 5% und 1% negativ, mit Tuberkulin „human" 100%, 25% und 5% stark positiv.

Hämoglobin 75 (SAHLI-LEITZ). Rote Blutkörperchen 3890000, weiße 10600.

Leukozytenformel	Aus dem Finger	Aus dem Angioma
Lymphozyten	17%	17.5%
Neutrophilensegment	74%	66.5%
Neutrophile Kernstäbchen	10%	9.0%
Neutrophile Jugendliche	2%	3.0%
Monozyten	2%	3.5%
Eosinophile	5%	0.5%

Im Blute des Angioms ist Hämoglobin 87% (SAHLI-LEITZ) enthalten.

Die Schnelligkeit des Blutgerinnungsvermögens ist mit dem Apparate von JEGOROFF-SITKOWSKY auf 1 Minute 15 Sek. festgestellt worden. Die Blutviskosität nach HESS bei 14° aus dem Finger der rechten Hand bedeutend verstärkt.

Digitized by Google

Histologie. Hämalaun-Eosin, van Gieson, Hart, polichromes Methylenblau, Unna-Pappenheim. Bei kleiner Vergrößerung sieht man in den Papillar- und Unterpapillarschichten eine Kapillarerweiterung; stellenweise, bei bedeutender Erweiterung der Kapillaren, nehmen die letzteren die Form ausgestreckter oder ovaler mit Blut angefüllter Buchten an, welche von den Seiten von verlängerten intrakapillaren Epithelsprossen begrenzt werden. Die Epidermis ist auf der Höhe der Buchten in Form eines schmalen Streifens dargestellt. Das ganze histologische Bild ist höchst einförmig (s. Abb. 3, 4, 5).

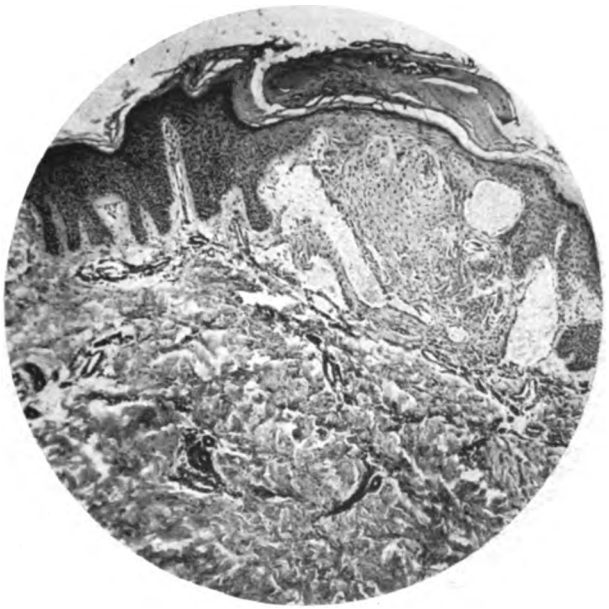


Abb. 3

Bei genauerem Studium sieht man, daß die Hornschicht des Schaumgebäudes und seine Farbreaktionen normal sind. Parakeratoserscheinungen sind nicht vorhanden. Hyperkeratose trifft man hauptsächlich in den alten Elementen dort, wo die blutigen Buchten am schärfsten ausgesprochen sind. Hier ist die Hornschicht stellenweise mit einer geringen Blutmenge durchtränkt (s. Abb. 3).

Das Str. granulosum ist scharf ausgeprägt, aber nur in der Umgebung der Aneurysmen, unmittelbar über der Blutbucht wird sie mit allen Epidermisschichten atrophiert, und zwar je nach der Größe der buchtartigen Erweiterungen und des Druckes, den diese auf die Epidermis ausüben. Ausgesprochene Akantosiserscheinungen sind nicht vorhanden, dennoch sind die epithelialen Fortsetzungen in den Teilen der mehr oder weniger ausgeprägten Kapillarbuchten bedeutend verlängert und umgeben letztere von den Seiten. Dies ist dadurch zu erklären, daß die Kapillarerweiterung in der Papillarschicht mit ihren ausgestreckten oder

Digitized by Google

runden Höhlungen durch ihren Druck die Epidermis in Form einer Wölbung hinausdrängt (s. Abb. 5).

In den Zellen der Epidermis, welche nicht über den Höhlungen gelegen sind, sind keine pathologischen Erscheinungen zu bemerken; in dem Epithel, das unmittelbar über der Höhlung gelegen ist, haben wir eine starke Atrophie beobachtet. Hier ist die Epidermis verdünnt. 1—3 Zellenschichten erreichend; die typische Form für die Basal- und stachelartigen Schichten verschwindet und wird durch Embryonalzellen ersetzt. In den obersten Zellen der stachelartigen Schicht Alteration cavitaire.

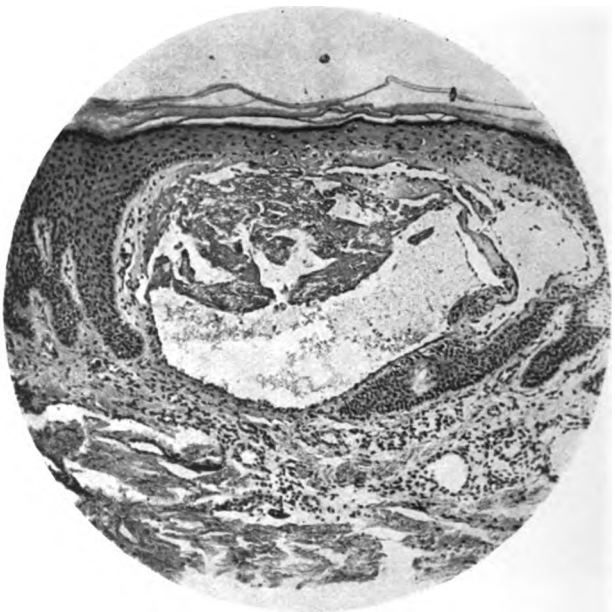


Abb. 4

An den Stellen, wo die Bluthöhlungen weniger ausgesprochen sind, ist auch die Epidermisveränderung geringer.

Es wäre sehr interessant aufzuklären, ob die Blutbuchten unmittelbar an der Epidermis anliegen, sie nach oben drücken und so die Atrophie derselben hervorrufen. Im ersten Augenblick erhält man den Eindruck, daß die Aneurysmawände unmittelbar an die Epidermis anstoßen und durch ihren Druck unmittelbar wirken. Nach VAN GIESON sieht man jedoch, daß immer und überall zwischen der Aneurysmawand und der Epidermis ein schmaler Bindegewebsstreifen vorhanden ist, d. h. „Membrana basilare" wird nicht zerstört.

Die Veränderungen der Blutgefäße sind nicht überall gleich.

In den Präparaten, welche die Anfangselemente betreffen, sehen wir erweiterte Blutkapillaren, welche in der Papillar-, seltener in der Unterpapillarschicht gelegen sind, wo sie erst den Eindruck von Aneurysmen

Digitized by Google

machen. In den älteren Elementen sieht man schon, wie die erweiterten Kapillaren die Form von Aneurysmen, die schon einen mehr oder weniger deutlich wahrnehmbaren Druck auf die Epidermis ausüben, annehmen. In der Unterpapillarschicht haben die Blutbuchten die Form eines Dreieckes, in der Papillarschicht jedoch, infolge des Widerstandes der Epithelialfortsätze nehmen sie anfangs eine ausgedehnte und später eine bucht- oder kuppelartige Form an, wenn die vom Blutdrucke verdünnte Epidermis oben Widerstand zu leisten aufhört. Die Kapillaraneurysmen erreichen in den alten Elementen eine bedeutende Größe. Sie sind mit Blut gefüllt. Dabei ist in den jungen Aneurysmen das Blut noch nicht geronnen und in ihnen sieht man deutlich die roten Blutkörperchen; in

Abb. 5

den alten ist das Blut geronnen, und in ihnen erblickt man das fibrinöse Gewebe deutlich und hin und wieder polymorphkernige Leukozyten (s. Abb. 4). Die Wandung der Höhlung besteht aus Endothelzellen. Stellenweise sieht man in den Präparaten reiferer Elemente Zusammenfließen der Aneurysmen, die, sich vergrößernd, bedeutende Dimensionen erreichen. Gefäßneubildungen sind in unseren Präparaten nicht zu sehen. Im Gegensatze zu WISCHNEWSKY und PRINGLE u. a. haben wir keine Hautinfiltration sowie auch keine Veränderungen ihrer Nebenteile konstatiert.

Das Studium sehr vieler Präparate unseres Falles überzeugt uns davon, daß wir es beim Angiokeratom Mibelli mit Aneurysmen und nicht mit Neubildungen der Gefäße zu tun haben.

2. Fall (siehe Abb. 2). J. S., 4 Jahre, die Affektion der Zunge seit dem ersten Lebensjahre. Vater und Mutter gesund. Eine 7jähr. Schwester soll auch eine

Digitized by Google

Affektion der Zunge haben; Knötchen von Stecknadelkopfgröße — glänzend und rosa gefärbt, schmerzlos.

St. praesens. Regelmäßiger Skelettbau, gut genährt. Auf Wangen, Nase und zwischen den Augenbrauen ungefähr 30 glänzende Milien.

Zunge verdickt, an Dimension vergrößert, bläulich, geht in die Mundhöhle nicht hinein, weshalb die Kranke den Mund halb geöffnet hält. Abdruck der Zähne an den Seitenflächen der Zunge nicht vorhanden. Auf der oberen sowie unteren Fläche zahlreiche Bildungen von Stecknadelkopfgröße bis einer kleinen Erbse, teilweise zusammengeflossen; das Zusammenfließen ist näher zur Zungenwurzel und auf der unteren Fläche stärker ausgesprochen, weshalb die Affektion das Aussehen einer schwellenartigen Wucherung hat. Farbe der Erhabenheiten teils hellrot, teils schwachrosa. Die ganze Zunge macht den Eindruck, als wenn sie mit Körnern besät wäre — beim Darüberstreichen deutliche Rauhigkeit. Die Zunge befindet sich im Lingua-scrotalis-Zustande. Bei der Diaskopie bleiben die Elemente unverändert. Röntgenoskopie der inneren Organe normal.

Pirquet 1, 5, 25 und 100% negativ, WR zweifelhaft, SG schwach positiv.

Erythrozyten 4600000, Leukozyten 7400, Leukozytenformel: Lymphozyten 79%, Neutrophilensegmente 6%, Neutrophilenstäbchen 4%, Neutrophilen, jugendliche —, Monozyten 1%, Eosinophile 10%.

Biopsie verweigert.

Über die Ätiologie des Angiokeratoms gibt es mehrere Theorien: LEREDDE und MILIAN meinen, daß es tuberkulöser Herkunft sei und nennen es „Tuberculide angiomateuse". Diese Ansicht wird von PAUTRIER, HUDELO, CAILLAUD und CHABRUN, GROUVENS und USTINOWSKY unterstützt.

Den tatsächlichen Zusammenhang mit Tuberkulose bestätigen auch die Beobachtungen von H. HECHT, dessen Fall histologisch einem typischen Tuberkulide entsprach. Letzterer beweist wieder einmal, daß das klinische Bild das biologische Wesen der Krankheit nicht bestimmt. JADASSOHN hat bemerkt, daß das Sarkoid Boeck sowie der Lupus Pernio in ihren anfänglichen Entwicklungsstadien das klinische Bild des Angiokeratoms nachahmen können; im Falle von WERTHER hat sich das papulonekrotische Tuberkulid wie Angiokeratom entwickelt; POKORNY beschreibt einen Fall von Angiolupoid, welcher einem Angiokeratom sehr ähnlich war. Diesen Beobachtungen muß man noch den Fall von VOLK hinzufügen, wo bei Anweisenheit von Lupus erythematosus und Tuberkulose der Achselgruben sich auf dem Fußrücken ein Ausschlag, welcher klinisch und histologisch dem Angiokeratom ähnlich war, befand.

BRANDWEINER und ITOCH unterstützen die Theorie der tuberkulösen Natur des Angiokeratoms nicht, da die klinischen und sonstigen Untersuchungen dieselbe nicht bestätigen. LEWANDOWSKY scheidet eine besondere Gruppe von Erkrankungen aus, welche seiner Meinung nach unrichtig den tuberkulösen Affektionen zugezählt werden; dieser Gruppe fügt er das Angiokeratom hinzu.

JUDIN spricht auf Grund seiner klinischen und histologischen Beobachtungen seines Falles gegen die tuberkulöse Natur und hält für die Ursache der Erkrankung das Abfrieren oder individuelle Eigenschaften des Organismus.

Seinerzeit sprach ESCANDE die Ansicht aus, daß das Angiokeratom am häufigsten bei Personen mit angeboren schwachen Blutgefäßen beobachtet wird. Die Lokalisation des Prozesses an den Extremitäten erklärt er durch Frost, wonach eine Blutzirkulationsstörung in den peri-

Digitized by Google

pheren Gefäßen mit folgender Luminaerweiterung und Buchtenbildung begann.

In den neuesten Arbeiten finden sich Beobachtungen, welche darauf hinweisen, daß die Entstehung des Angiokeratoms von Dysendokrinie abhängt (COVISA und BEJARANO).

Wenn wir als Ätiologie nur das Abfrieren anerkennen und nicht die anderen Momente wie Tuberkulose, endokrine Dysfunktion, so machen wir einen groben Fehler, denn dann müßte ja im nordischen Rußland eine bedeutendere Zahl von Angiokeratomen zu beobachten sein. In der russischen Literatur konnten wir jedoch nur vereinzelte Beschreibungen finden, seit 1898 bloß vier Fälle, von welchen der von GLAWTSCHE und der von JUDIN nicht typisch sind; nur der Fall von USTINOWSKY, der in der „Venerologischen Gesellschaft" zu Ehren von POSPELOFF 1925 vorgelegt, und der von PAWLOFF, vorgetragen in der Leningrader Gesellschaft, sind typisch. Während dieser Zeit sind in Westeuropa viele Fälle beschrieben worden. Es genügt, auf ESCAND hinzuweisen, unter dessen 25 Fällen 8 aus dem Toulouser Kreise waren. Später teilt AUDRY 34 Fälle aus Toulouse mit. Daher muß man annehmen, daß das Abfrieren für des Entstehen von Angiokeratomen nicht unbedingt nötig ist. Es ist offenbar eine Reihe von Momenten, die bis jetzt noch unaufgeklärt sind, dazu unentbehrlich. Auch findet sich die Hautaffektion bisweilen an verdeckten Stellen (Hinterbacke, Zunge), wo die Angiokeratombildung nicht durch Abfrieren, wie in dem Falle auf dem Skrotum (SUTTON), sondern nur durch Blutzirkulationsstörung erklärt werden kann.

Unsere erste Kranke hat eine aktive Lungentuberkulose. Als Folge der Toxinwirkung auf die Gefäßwand ist ein Angioparese der feinen Kapillaren, besonders an Stellen, wo die Zirkulationsbedingungen ungünstiger sind, aufgetreten. Mechanische Beschwerden für die Blutzirkulation in der Hinterbacke waren während des Typhus recurrens vorhanden. Die Untersuchung der physischen Bluteigenschaften ergab eine Reihe objektiver Faktoren, welche unsere Voraussetzung von dem Vorhandensein mechanischer Momente — Beschleunigung des Blutgerinnens und Erhöhung der Blutklebrigkeit — bestätigten.

Von dem zweiten Falle meinen wir, daß sich das Angiokeratom auf der Zunge infolge angeborener Gefäßschwäche und toxischer Momente (Masern) entwickelt hat.

Die meisten Verfasser bemerken, daß die Kranken häufiger aus kosmetischen Gründen und seltener wegen Schmerzen ärztliche Hilfe suchen. Freilich sind Fälle von Arbeitsfähigkeitsverlust (DAVIS), auch Funktionsstörungen des erkrankten Fingers (JUDIN) beobachtet worden. In unserem ersten Falle beobachteten wir Jucken, welches sich bei scharfer Witterungsveränderung steigerte, in dem zweiten Falle war die Zunge bei der Nahrungsaufnahme hinderlich und die Sprache undeutlich. Das Angiokeratom bleibt Jahre hindurch unverändert, nur zuweilen werden durch Traumen einzelne Knoten zerstört, und an ihrer Stelle geht eine Epithelisation ohne Narbenbildung vor sich. Ein völliges Verschwinden aller Angiokeratomen erfolgt nicht, eher ist eine Ausschlagvergrößerung bemerkt worden (WERTHEIM). Andererseits hat KAREWSKY ein selbstän-

Digitized by Google

diges Verschwinden der Angiokeratomen bei kleinen Kindern bemerkt.

COLCOTT FOX führt eine Kranke an, die an Tuberkulose und Angiokeratom litt; der Ausschlag verschwand erst kurz vor dem Tode. Bei unserer ersten Kranken bemerkten wir neue Ausschlagserscheinungen bei Verstärkung des tuberkulösen Prozesses. Im zweiten Falle wurde Rückbildung des Angiokeratoms während der Beobachtung nicht bemerkt.

Die Therapie des Angiokeratoms ist noch wenig studiert. In unserem ersten Falle wandten wir die Kryotherapie mit glänzendem Erfolge an, wobei bemerkt werden muß, daß auf den behandelten Stellen kein neuer Ausschlag erschien.

Zum Schluß halte ich es für meine Pflicht, Herrn Prof. Dr. M. A. ROSENTUL meine Dankbarkeit für seine wertvollen Hinweise bei Ausführung meiner Arbeit auszudrücken.

Literatur

1. USTINOWSKY, R. W. D., 1923, Nr. 9, S. 808. — 2. WERTHEIM, Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 433. — 3. GOLDSCHLAG, Derm. W., 1925, Nr. 9. — 4. PAWLOFF, R. W. D., 1926, Nr. 9, S. 877. — 5. BRANDWEINER, W. m. W., 1912, Nr. 19. Ref. Derm. Zbl., 1912, Bd. 19, H. 11, S. 1016. — 6. SCHEUER, Arch. f. Derm., Bd. 98, H. 2—3. Ref. Derm. Zbl., 1910, Bd. 17, S. 75. — 7. BECK, Mh. f. pr. Derm., Bd. 49, H. 8. Ref. Derm. Zbl., 1910, S. 367. — 8. FRIEBOES, Histopathol. d. Hautkrkh., 1924. — 9. PAUTRIER, Arch. f. Derm., 1904, H. 1—2. — 10. RICHTER, Derm. W., 1925, Nr. 16, S. 574. — 11. TOMASONE, Riforma med., 1924, Nr. 45. Ref. Derm. W., 1925, Nr. 13, S. 491. — 12. QUEYRAT, Derm. W., 1925, Nr. 2, S. 72. — 13. HAXTHAUSEN, Derm. W., 1926, Nr. 16, S. 550. — 14. POKORNY, Arch. f. Derm., Bd. 143, H. 1—2, S. 66. — 15. JUDIN, Derm. Zbl., 1908, Bd. 15, S. 36. — 16. PRINGLE, Mh. f. pr. Derm., 1891, Bd. 13, Nr. 11, S. 451. — 17. LEWANDOWSKY, Tuberkulose der Haut, 1916, S. 242. — 18. KYRLE, Vorlesungen über Histol. d. menschl. Haut u. ihre Erkrankungen, 1925, S. 265. — 19. HUDELO, CAILLAUD et CHABRUN, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 18, S. 372. — 20. HALDIN, DAVIS, Derm. Zschr., Bd. 10, L. 3, H. 1/2, S. 73. — 21. BOCKHOLT, Derm. W., Bd. 75, S. 46. — 22. VOLK, Arch. f. Derm., Bd. 132, S. 423. Ref. Derm. Zschr., 1923, Bd. 38, S. 53. — 23. HESSE, Journal zur Vervollkommnung der Ärzte, 1923, Nr. 1, S. 34. — 24. HECHT, Arch. f. Derm., Bd. 142, H. 2, S. 202. — 25. BETTMANN, Arch. f. Derm., Bd. 152, H. 1, S. 97. — 26. NICOLAS, Ann. de Derm. et de Syph., T. 2, Nr. 12, 1921, S. 481. — 27. MICHELSON, Arch. of Derm. a. Syph., 1926, Nr. 4. — 28. KROWITZKY, R. Wr., 1910, Nr. 17, S. 582. — 29. FUSS, Derm. W., Nr. 39, S. 1363. — 30. SORDELLO ATTILY, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 26, H. 1/2, S. 58. — 31. PUSEY and SENEAR, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 2, S. 178. — 32. KUZNITZKY, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 2, S. 178. — 33. SUTTON, Diseases of the Skin, 1926.

Referatenteil

Fachzeitschriften

Dermatologische Zeitschrift

1928, Bd. 54, H. 1

Zur 25jährigen Wiederkehr der Begründung der experimentellen Syphilis durch E. Metschnikoff und P. P. E. Roux, von E. Hoffmann. Hoffmann veröffentlicht anläßlich des Jubiläums einen bereits 1914 geschriebenen, für eine Festschrift bestimmten Artikel, der wegen des Weltkrieges nicht erscheinen konnte. Die wissen-

Digitized by Google

schaftliche Tat der beiden Forscher bedeutet den Anfang der neuen Ära der Syphilisforschung. Schlag auf Schlag folgten die Entdeckung der Spirochäte, der Seroreaktion und der Arsenmittel, so daß in einer kurzen Spanne von Jahren die Lehre von der Erkennung und Behandlung der Syphilis in einer früher ganz ungeahnten Weise ausgebaut und vervollkommnet werden konnte.

Der histochemische Nachweis von Arsen in der Haut bei Fällen von Salvarsanlichen und Salvarsandermatitis und seine Bedeutung für die Pathogenese dieser Erkrankungen, von A. M. Memmesheimer, Univ.-Hautkl. Bonn. In zwei Fällen von Salvarsanlichen wurde Arsen mit Hilfe der Brünauerschen Methode in der Epidermis und in den oberen Kutisschichten nachgewiesen. Vermehrte Arsenniederschläge fanden sich in der Gegend der Follikelmündungen, in den Ausführungsgängen der Talgdrüsen, geringere in den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen. Unter zwei Fällen von Salvarsandermatitis wurde in einem Fall Arsen fast nur in den oberen Kutisschichten und fast gar nicht in der Epidermis gefunden. In einem anderen Falle, der nur geringe Mengen Salvarsan erhalten hatte, und in einem Falle von Salvarsanurtikaria konnte kein Arsen nachgewiesen werden. Demnach wäre der Arsenlichen als eine Ausscheidungsdermatose zu bezeichnen, wobei die klinischen Erscheinungen als Folge der Giftstoffausscheidung anzusehen wären. Bei Salvarsandermatitis erfolgt die Abstoßung durch die gesamten Zellen, beim Lichen durch die Hautdrüsen und die Epidermis.

Über den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen. 2. Mitteilung: Über den Kalium-, Kalzium- und Wassergehalt der normalen Menschenhaut, von E. Nathan und Fr. Stern-Nürnberg. Der in frisch exzidierten Stückchen normaler Menschenhaut ermittelte Gehalt an Kalium liegt zwischen etwa 200—300 mg, beim Kalzium zwischen etwa 20—30 mg, berechnet auf Trockengewicht der Haut. Der Wassergehalt beträgt 65,9—70,6%, im Mittel 68,7%. Der Kalziumgehalt der Haut steigt mit zunehmendem Alter an. Unterschiede im Gehalt an Kalium und Kalzium an verschiedenen Körperregionen waren nicht nachweisbar.

Die bikolorierte Schellackreaktion von Marchionini und Thurzo als „haltbares Schnellreagens", von J. Vonkennel, Städt. Krkhs. München-Schwabing. Die bikolorierte Schellackreaktion mit „Ampullenreagens" wird in der Weise angestellt, daß man zu 0,5 ccm Liquor 0,5 ccm Sol hinzusetzt, sanft schüttelt und 4—5 Minuten zentrifugiert. Das Resultat kann dann sofort abgelesen werden. Die Reaktion wurde an 120 Liquores geprüft und hat sich als stets zuverlässig erwiesen.

Ein Beitrag zur Frage der juxtaartikulären Knotenbildungen bei Syphilis, von H. Martin-Pirmasens. Verf. hat einen bisher als rheumatisch angesehenen und nicht antiluetisch behandelten Fall von Lues beobachtet, bei dem 11 Jahre nach der vermutlichen Infektion als erstes Zeichen der Erkrankung multiple, haselnuß- bis walnußgroße, teigig-weiche, unregelmäßig lappige, auf der Unterlage verschiebliche Knoten auf der Streckseite des rechten Fußgelenkes aufgetreten sind. WR stark positiv. Völlige Rückbildung der Knoten durch die eingeleitete Salvarsantherapie.

1928, Bd. 54, H. 2

Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. XIX und XX.

Familiäre Onychomycosis trichophytina, von J. Heller-Charlottenburg. Die Erkrankung trat beim Vater, zwei Söhnen und zwei Töchtern auf. Die Mutter und die übrigen fünf Kinder blieben verschont. Der Erreger war das Trichophyton faviforme. Die Behandlung besteht in totalem Abfeilen der Nagelplatten und Pinselung abwechselnd mit Jodtinktur und Anthrasol-Salizylöl. Der andere Fall betrifft ein 8jähr. Mädchen aus Brasilien. Die Erkrankung tritt in Schüben auf, führt zu lokalen Eiterungen und erheblicher Deformierung der Nägel. Diagnose lautete Hallopeausche Dermatose. Heller bezweifelt, daß es eine im Verlaufe von mehreren Jahren ausschließlich auf die Nagelphalanx beschränkte Hallopeausche Acrodermatite continue chronique suppurative gibt. Er hält die Diagnose: lokalisiertes seborrhoisches Nagelekzem für wahrscheinlicher. Dafür spricht die seborrhoische Alopezie des Vaters der Patientin.

Zur Behandlung der Frühsyphilis mittels Impfung mit europäischem Rekurrens (Stamm Aristowski), von A. Wainstein und S. Golossowker-Kasan. S. 84. Von 57 Pat., die vor der Rekurrensimpfung mit Salvarsan behandelt wurden, waren 39 empfänglich für die Infektion. Von 27 Pat., die vorher kein Salvarsan erhielten, reagierten alle positiv auf die Rekurrensimpfung. Eingeimpft wurde 0,1—1,5 g einer Spir.-Oberm.-Kultur (5—10 lebende Spirochäten im Gesichtsfeld). Die Inkubationszeit betrug 4—6 Tage. Der erste Anfall dauerte 2—5 Tage, der zweite Anfall 1—3 Tage. Die

Digitized by Google

erste Entfieberung dauerte 9—10 Tage. Die Wirkung auf frische Erscheinungen war befriedigend. Die Spirochäten schwanden zu Beginn oder inmitten des ersten Anfalls. Schleimhautpapeln, Roseola und papulöse Syphilide heilten bis zu Beginn des zweiten Anfalls ab. Die WR blieb am Schluß der Behandlung meist positiv, um nach mehreren Monaten negativ zu werden. Die Impfung war für die Mehrzahl der Pat. gefahrlos. Nur in 3 Fällen wurde ein schwerer Verlauf beobachtet (Nasenbluten, Erbrechen, Herzstörung und Bewußtseinstrübung). Im Laufe von 2 Jahren wurde kein einziges klinisches oder serologisches Rezidiv festgestellt.

Gewerbedermatosen bei Spenglern (Klempnern). Die Notwendigkeit einer hygienischen Berufskarte, von E. Urbach-Wien. S. 92. Bei 2—3 Jahre im Beruf stehenden Spenglerlehrlingen hat Verf. in 33% bzw. 37% der Fälle eine Acne vulgaris, wahrscheinlich hervorgerufen durch Chlordämpfe, festgestellt gegenüber 20% und 25% bei gleichaltrigen Friseurgehilfen. Bei 2 von 400 Spenglern fand sich ein allergisches Ekzem. Zur systematischen Bekämpfung der Gewerbedermatosen wird die Einführung einer Berufskarte empfohlen, in die die Ergebnisse der periodischen Untersuchungen eingetragen werden müßten.

Ein Fall von Dystrophia ungium mediana canaliformis Heller, von V. Wucherpfennig-Münster. S. 96. Es handelt sich um einen 17jahr. Pat., bei dem die Nagelveränderungen seit dem dritten Lebensjahre bestehen. Befallen waren nur die Daumennägel. Heilung durch zweimalige Röntgenbestrahlung des proximalen Teiles des Nagels mit einem kreisrunden Tubus von 11 mm Durchmesser. Die Dosis betrug $^2/_3$ HED unter 1 mm Al.

Bemerkungen zu der Arbeit von Frühwald: Spirochaetosis arthritica in Bd. 51 dieser Zeitschrift, von H. Ruge-Hamburg. S. 98. Verf. teilt einen von J. W. Scott Macfie in der Zeitschrift Parasitology, 1916/17, Bd. 9, S. 274 beschriebenen Fall von „Urethralspirochätosis" mit, der in die von Reiter aufgestellte Gruppe der Spirochaetosis arthritica einzureihen ist. Pat. litt an einer akuten Urethritis. Im Ausstrich wurden zahllose Spirochäten gefunden. Einen Monat nach Verschwinden des Ausflusses trat eine Iritis auf. Nach einer Injektion von Galyl und mehreren Sublimateinspritzungen trat Heilung ein.

1928, Bd. 54, H. 3

Scleroderma adultorum (Buschke) (Induratio progressiva benigna sub cute), von J. Sellei-Budapest. Die Erkrankung begann bei dem jetzt 10jähr. Mädchen vor 3 Jahren nach Grippe. Der jetzige Befund lautet: Hautfarbe überall unverändert. Keine Pigmentflecke. Das Unterhautgewebe, hauptsächlich an beiden Oberschenkeln, ferner das Gesäß ist knorpelartig hart. Keine Dellenbildung möglich. Hals, Brust und obere Extremitäten sind vollkommen frei. Sitz der Erkrankung waren Faszien und Muskeln, wie die histologische Untersuchung ergab. Therapeutisch werden 1—2%ige Salizylsalben, Bäder, Massage, Quarzlicht und Terpentin, eventuell Fibrolysin- und 10%ige Na-Cl-Injektionen empfohlen.

Über Glossitis rhombica mediana (Brocq), von L. Zimmermann-Bonn. S. 168. Kasuistische Mitteilung unter ausführlicher Berücksichtigung der bisherigen Literatur.

Zum Angiolupoid (Brocq-Pautrier), von E. Wohlstein-Bad Pistyan. S. 182. Die 34jährige Patientin weist unter dem linken Mundwinkel einen bläulich-roten, scharf abgegrenzten, stark prominierenden Knoten von 1,5 cm Durchmesser auf. Die Oberfläche ist glatt und von zahlreichen feinen Teleangiektasien durchquert. Konsistenz des Knotens ist weich-elastisch. Auf Glasdruck zeigt sich ein diffus gelbbrauner, gleichmäßiger Farbenton. Diagnose: Angiolupoid. Auf der Stirn über dem rechten inneren Augenwinkel findet sich eine unscharf begrenzte, bläulich-rote Infiltration von 2 cm Durchmesser. Sie ist derb und zeigt bei Glasdruck gelbliche Stippchen, sonst diffusen gelbbraunen Farbenton. Der Herd besteht aus kleinen lichenoiden stecknadelkopfgroßen Effloreszenzen. An der Oberfläche ist eine feine Schuppung wahrnehmbar. An den Unterarmen sind je 4—5 subkutane, verschiebbare, flache Knoten wahrnehmbar. Verf. hält den Stirnherd für ein kleinknotiges Boecksches Sarkoid.

Die Geschlechtskrankheiten in den Llanos (Südamerika), von W. A. Coller. S. 185. Blennorrhoe ist erschreckend weit verbreitet. Jeder Mann ist oder war erkrankt. Die starke Ausdehnung wird durch die regelmäßig kranken Prostituierten verschuldet. Durch Heirat wird die Krankheit auch vielfach auf die Ehefrauen übertragen. Epididymitis wird fast nie, Zystitis nur selten beobachtet; häufiger dagegen sind Monarthritis gonorrh. und Unterleibserkrankungen. Die zahlreichen Nieren- und Herzerkran-

Digitized by Google

kungen führt Verf. zum großen Teil auf Blennorrhoe zurück. Die Behandlung der Blennorrhoe wird nur sehr mangelhaft durchgeführt. Ulcus molle verläuft auffallend gutartig, auch wenn die Leistendrüsen stark affiziert sind. Es wird selten allein erworben, meist zugleich mit Lues. Die Syphilis ist sehr stark verbreitet. Fast jeder junge Mann ist infiziert. Die Erkrankung verläuft, abgesehen von heftigen Sekundärerscheinungen, nicht schwer, trotzdem die Behandlung nicht intensiv durchgeführt wird. Syphilis des Zentralnervensystems wird fast nie beobachtet. Schuld an der geringen Behandlung haben die Apotheker, die Salvarsan zu Wucherpreisen abgeben. Der einfache Mann ist nur selten in der Lage, mehr als drei Ampullen zu kaufen. Hinzukommt die Abneigung, sich einer längeren Kur zu unterziehen.

F. Harry-Wiesbaden.

Zeitschrift für Urologie

1928, Bd. 22, H. 9

Über Verengerungen des Ureters durch Geschwülste, die außerhalb des Harntraktes entstanden sind, von M. Grauhan. S. 657. Unter den erworbenen Ureterstenosen spielen die durch Genitalkarzinome der Frau bedingten eine sehr große Rolle. Diagnostische Schwierigkeiten machen vor allem die durch kleine Rezidivtumoren verursachten Stenosen. Starke Schmerzen und Blutungen zwingen hier bisweilen zum Eingriff, der bei einseitiger Erkrankung am besten als Nephroureterektomie durchzuführen ist. Mit länger dauernden Heilungen wird man aber nur in besonders günstigen Fällen rechnen können. Beim Magenkarzinom kommt als seltene, aber charakteristische Komplikation eine Metastasierung in beide Harnleiter vor, bei der im Gegensatz zum Genitalkrebs der Frau das Karzinomwachstum vorwiegend in der Ureterwand erfolgt. Trotzdem die Verlegung des Ureterlumens durch diese Geschwülste keine vollständige ist, kommt es bald zur völligen Behinderung des Harnabflusses in die Blase. Die vorliegende Arbeit gewinnt durch zahlreiche ausgezeichnete Photographien nach Operationspräparaten an Wert.

Über die Physiologie der Prostata und der Hoden, von N. Serralach-Barcelona. S. 671. S. glaubt auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen bewiesen zu haben, daß die Prostata durch innere Sekretion die Gefäße der Hoden erweitert und gleichzeitig die Ausstoßung der in den samenführenden Gefäßen enthaltenen Flüssigkeit begünstigt. (Spermatorrhoische Wirkung.) Durch Eingriffe in die Prostata erleiden die Testikel eine starke Schädigung, es kommt sogar vorübergehend zur Azoospermie. Die innere Sekretion der Hoden wird bedingt durch die Absorption einiger Produkte, die die Grundschicht der Wand der Samenkanälchen bildet. Jede Arbeit der Hoden sowohl hormonisch wie spermatogenetisch ist abhängig von der Tätigkeit dieser Grundschicht der Wand der Samenkanälchen. Diese Wand hat den Hauptanteil beim Aufblühen der sekundären Geschlechtsmerkmale und bei der Spermatogenese.

Die Nierenfunktionsprüfung bei den chronischen Nierenentzündungen mittels der Säureumschlag-Alkaliprobe in der Praxis, von C. Schneider. S. 680. Die Verdünnungs- und Konzentrationsprobe bei Nierenkranken ist nicht brauchbar, wenn Ödeme bestehen und beim Vorhandensein eines Herzfehlers, überhaupt, wenn das Gefäßsystem stärker in Mitleidenschaft gezogen ist. Auch ist notwendig, daß bei dem Versuch Bettruhe eingehalten wird, um Fehler zu vermeiden. Die Nierenfunktionsprüfung mittels der Säureumschlag-Alkalimethode beansprucht hingegen erheblich weniger Zeit, ist auch bei Ödemen anwendbar, gleichgültig, ob sie renaler oder kardialer Herkunft sind, und sie gibt Aufschluß über Störungen der Nierenfunktion, wenn der Reststickstoff im Blut nicht erhöht ist. Es ist gleichgültig, ob der Pat. während des Versuches im Bett liegt oder nicht. Die Probe stellt eine entschiedene Vereinfachung der Nierenfunktionsprüfung für die Praxis dar.

Pyelolithophonie, eine neue akustische Methode zur Diagnose der mit Röntgen nicht diagnostizierbaren Nierensteine, von M. K. Bratislava. S. 686. Beschreibung einer selbst erfundenen Apparatur, die die Verbindung eines Radioapparates einschließlich Lautverstärker mit einem Ureterenzystoskop darstellt. Es gelangen auf diese phonetische Weise auch solche Steine des Ureters und der Nierenbecken zur Darstellung, die dem Röntgenbild vielleicht entgehen. Intrarenale Steine allerdings können auch mit dieser Methode nicht erfaßt werden.

Digitized by Google

Hypertonie und Durstkuren, von H. Strauß-Hannover. S. 691. Die Behandlung der Hypertonie verlangt eine trockene und salzarme, eventuell sogar vegetarische Diät. Die Flüssigkeitszufuhr soll sowohl die obere wie die untere Grenze beachten und ein Optimum, nicht ein Minimum sein, indem ein Zuviel die Gefahr der Belastung des Herzens und des Gefäßsystems mit sich bringt, ein Zuwenig jedoch eine dauernde Belastung der Konzentrationsfunktion der Niere darstellt und die Möglichkeit eines beschleunigten Einsetzens der Retention harnfähiger Substanzen im Gefolge haben kann, was bei den Durstkuren nach Brack besonders zutrifft. Vorteilhaft ist in vielen Fällen von Hypertonie der Ersatz der erlaubten Flüssigkeitsmengen durch ein diuretisch wirksames Mineralwasser.

Zur Diagnose des Echinokokkus der Niere und des retroperitonealen Zellgewebes, von D. Wedenski. S. 694. Die Arbeit stammt aus der mittelasiatischen Universität Taschkent und einer Gegend, in der reichliches Material des vorliegenden Gebietes zur Verfügung steht. Die Frühdiagnose des Nierenechinokokkus kann nur bei gleichzeitiger klinischer Beobachtung, Zystoskopie und Röntgenuntersuchung gestellt werden. Wenn eine große, höckerige Geschwulst in der Bauchhöhle vorhanden ist, muß auch bei herabgesetztem Ernährungszustand die Inoperabilität desselben in Frage gestellt und durch die Probepunktion entschieden werden. Ein Echinokokkus der Niere muß entfernt werden. Die Nephrektomie ist nur dann indiziert, wenn das Parenchym des Organs zerstört ist. Die Methode der Wahl ist die Exstirpation der Echinokokkusblase. Die leicht reißenden Blasen dürfen nicht angeritzt, sondern müssen ganz gelöst werden. Bei Vorhandensein eines Steines in einem Nierenbecken, welches infolge eines in der Nähe liegenden Echinokokkus narbig verändert ist, muß der Stein durch die dem Echinokokkus abgewandte Seite der Niere entfernt werden, da man hier eher auf eine Verklebung der Wundränder rechnen kann. Nur durch Zerstören der Bandform des Parasiten im Darme der Hunde kann man darauf rechnen, die Morbidität der Menschen und Tiere herabzusetzen.

1928, Bd. 22, H. 10

Max Nitze zum Gedächtnis, von C. Posner-Berlin. S. 739.
Max Nitze und die Urologie, von A. Rothschild-Berlin. S. 743.
Persönliche Erinnerungen an Max Nitze, von B. Klose. S. 750.
Die Entwicklung der Operationszystoskope, von A. Lewin. S. 754.
Zum 50jährigen Jubiläum der Zystoskopie, von L. Casper. S. 760.
Vom Steinschnitt und von der Sectio alta, von K. Scheele. S. 763.
Das Nitzesche Zystoskop, die unerläßliche Vorbedingung für den erfolgreichen Ureterenkatheterismus, von S. Werboff-Petersburg. S. 804. Vorstehende Aufsätze sind zur Erinnerung an das 50jährige Bestehen des Zystoskops zu Ehren Nitzes geschrieben.

Ein neuartiger optischer Apparat für Zystoskopie, von R. Jahr. S. 752. Vorläufige Mitteilung über ein neues, mit einem doppelseitigen Spiegel versehenes Zystoskop. Der Spiegel stellt eine verstellbare Klappe dar, die bisher unsichtbar gebliebene Teile der Blase dem Auge zugänglich machen soll.

Krankheit und Tod des Kaisers Napoleon III., von F. Schlagintweit-München. Auszug aus einer demnächst erscheinenden größeren geschichtlichen Arbeit über die Krankheit des Franzosenkaisers. Es geht aus ihr das stille Heldentum des Kranken klar hervor, der wegen eines Blasensteins ein elendes Leben dahinlebte und mangels besserer operativer und diagnostischer Hilfsmittel kümmerlich zugrunde gehen mußte. Im einzelnen ist die Charakteristik auch der behandelnden Autoritäten französischer und englischer Nationalität außerordentlich fesselnd.

Über seltene und selten verlaufende Nierentumoren, von E. Joseph-Berlin. S. 795. Es werden vier besonders schwierig liegende urologische Fälle von größtenteils gutartigen Nierentumoren beschrieben (Zysten, Lymphangiom der Nieren, gutartige Hypernephrome, echtes Hypernephrom). Bei jeder zweifelhaften Hämaturie, die nicht einwandfrei als intern festgestellt werden kann, ist genau urologisch zu untersuchen und eventuell die Niere operativ freizulegen, um schwere Irrtümer und Überraschungen zu vermeiden.

Zur operativen Behandlung schwerer männlicher Hypospadieformen, von Ed. Borchers. Die mit vielen Bildern der plastischen Operationen ausgestattete Arbeit ist im Original nachzulesen.

Digitized by Google

Hufeisenniere mit Stein beim Kinde, von Th. Hryntschak. In diesem Falle wurde die Hufeisenniere zum ersten Male bei einem Kinde vor der Operation diagnostiziert. In deren linker Hälfte lag ein großer Stein. Die Verbindungsbrücke beider Nierenteile wurde operativ getrennt und der Stein entfernt. Der Knabe wurde gesund. Der Lumbalschnitt ist, wenn eine Infektion besteht, dabei dem transperitonealem Eingriff unbedingt vorzuziehen. H. Lippert-Köln.

The British Journal of Venereal Diseases

Juli 1928, Bd. 4, Nr. 3

Comparative Studies in Organic Derivatives (Vergleichende Studien organischer Arsenderivate), von Ewins und Everett. S. 181. Eine stärkere Heilwirkung als Stovarsol und Tryparsamid hat das diesen beiden Präparaten verwandte Parosan. In Dosen von 1—1½ g hat es sich bei primärer menschlicher Syphilis und bei multipler Sklerose, innerlich genommen, bewährt. Bei Schlafkrankheit und Framboësie hat sich die orale Applikation dieses Mittels als nicht ausreichend erwiesen. Bei Malaria tertiana wurde ein dem Stovarsol verwandtes Präparat, das Troposan, das weniger giftig ist als dieses, besonders heilkräftig gefunden. Es wurden weniger Rückfälle als bei bloßer Chininbehandlung oder kombinierter Chinin-Stovarsolbehandlung beobachtet.

Syphilis in Relation to the Etiology and Diagnosis of the Malignant Disease (Beziehungen der Lues zur Ursache und Diagnose des Krebses). S. 189. In einem Krebshospital ergab die Untersuchung von 761 sicheren Krebsfällen in 8,7% eine positive WR. Dagegen hatten beim Zervixkarzinom 13%, bei Zungenkarzinom sogar 45% eine positive WR. Man muß von der Spirochäte annehmen, daß sie vielfach für den Krebs einen günstigen Boden schafft; ein direkter Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheiten ist jedoch nicht nachzuweisen.

Some Biological Considerations in the Treatment of Gonorrhoea and their Practical application (Biologische Betrachtung bei der Behandlung der Gonorrhoe und die praktische Ausnutzung derselben). S. 199. Ein wirksames Antiblennorrhoikum muß Tiefenwirkung haben und einen starken Gehalt an dynamisch wirksamem Ag. Als solches Mittel wurde in Zusammenarbeit mit einem Chemiker synthetisch ein Silbersalz, genannt Citragan (C 240, H 278, O 280, Na 40 Ag), hergestellt. Es wurde sowohl zu Harnröhren- und Blasenspülungen wie in Gelatinestäbchen verwandt. Die praktischen Erfolge waren gute und lassen hoffen, daß die Silberproteine durch Silbersalze, deren Wirkung auf physikalischen Prinzipien beruht, ersetzt werden.

The Antenatal Treatment of Veneral Disease-Gonorrhoea (Schwangerschaftsbehandlung der Gonorrhoe). S. 205. Ohne mikroskopische Untersuchung nach den klinischen Symptomen oder nach dem Vorhandensein von Condyl. acum. kann keine Blennorrhoe festgestellt werden, doch kann sie ausgeschlossen werden, wenn mikroskopisch nichts gefunden wird und auch die sachgemäß angestellte Kultur mehrfach ergebnislos ist. Die Behandlung der Blennorrhoe während der Schwangerschaft ist besonders leicht und komplikationslos, da ein Übergreifen des Prozesses auf Eileiter und Tuben durch den Gebärmutterinhalt verhindert wird.

The Antenatal Treatment of Disease-Gonorrhoea (Gonorrhoebehandlung während der Schwangerschaft). S. 210. Die Schwangerschaftsbehandlung der Blennorrhoe verhütet Komplikationen während des Wochenbetts und die daraus folgende Einkindersterilität. Im Gegensatz zu mehreren Diskussionsrednern wird der Prozentsatz der blennorrhoekranken Schwangeren sehr gering eingeschätzt. F. Rosenthal-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Bd. 21, Nr. 11

Sections of Dermatology and Surgery

Sitzung vom 16. Mai 1928

Discussion on the Treatment of Varicose Ulcers by Intravenous Injections (Diskussion über die Behandlung variköser Geschwüre mit intravenösen Einspritzungen).

I. M. H. Mac Leod weist einleitend auf die Bedeutung der Frage für Chirurgen und Dermatologen hin. Die Verödung von Varizen durch intravenöse Einspritzungen

Digitized by Google

ist nichts Neues, doch ist erst Sicard eine gefahrlose und erfolgreiche Methode dazu zu verdanken.

Sicard, Forestier und Gaugier legen die verschiedenen allgemeinen und örtlichen Ursachen der varikösen Geschwüre dar, von denen nur gewisse Formen für die Injektionsbehandlung geeignet sind; es sind von ihr postphlebitische und langdauernde serpiginöse Geschwüre mit peripherer Sklerose auszuschließen. Die Einspritzungen müssen proximal von dem Geschwür gemacht und alle erweiterten Venen obliteriert werden. Bevorzugt wird eine 20—60%ige Lösung von Natr. salicyl. Bei den seltenen Rezidiven kann die Behandlung wiederholt werden.

T. Twistington Higgins wandte mit gutem Erfolg Natr. salicyl. und Chinin an, während Glukose enttäuschte. Die varikösen Geschwüre können durch trophische, traumatische, infektiöse Ursachen hervorgerufen werden; in ersterem Falle ist die Wirkung der intravenösen Einspritzungen am besten, infizierte Geschwüre müssen erst durch geeignete Maßnahmen gereinigt, die Einspritzungen dann in weiterer Entfernung von dem Geschwür begonnen werden, doch ist die Behandlung in diesen Fällen stets eine schwierigere. Am vorteilhaftesten sind die Einspritzungen prophylaktisch im präulzerativen Stadium. Die Gefahr der Embolie ist minimal, außer wenn irgend welche infektiöse Herde vorhanden sind. Perivenitis und Nekrosis beruhen meist auf fehlerhafter Technik, können jedoch auch ohne solche bei sehr dünnwandigen oder dem Knochen direkt aufliegenden Venen zustande kommen. Allgemeine toxische Erscheinungen spielen keine Rolle. Im ganzen handelt es sich um eine einfache und sehr wirksame Methode, sonstige übliche Behandlungsmethoden wurden stets mit ihr verbunden.

Sidney Alexander bevorzugt Natr. salicyl. in 20—30—40%iger Lösung, das allerdings Schmerzen und Krampferscheinungen unmittelbar nach der Einspritzung im Gefolge hat. Seine Wirkung ist besser als die des Chinins, bei dem Schmerzen oft erst nach Tagen auftreten und das bei Frauen Metrorrhagien bewirken kann; bei Verdacht auf Gravidität ist es kontraindiziert. Örtliche Maßnahmen (Reinigen mit Alkohol, Spülen mit Akriflavin, Scharlachrotsalbe) unterstützen die Behandlung.

David Lévi hatte unter 60 Fällen von varikösen Venen und Geschwüren 57 vollkommene Heilungen; in einem Falle versagte sowohl Glukose wie Natr. salicyl., Chinin, Urethan. Diese beiden letzteren sind im allgemeinen am unschädlichsten, nach Glukose scheinen mehr Komplikationen vorzukommen als bei Natr. salicyl., es wurde dabei einmal eine Lungenembolie beobachtet, die gut vorüberging.

W. N. Goldsmith glaubt nicht, daß die Venenobliteration allein die Geschwüre heilen kann, doch trägt sie viel zur Heilung bei und verhindert Rezidive. 66%ige Glukose wird bevorzugt, falls sie versagt, 20%ige Kochsalzlösung mit Zusatz eines Anästhetikums. Die Einspritzungen sollen möglichst weit distal begonnen werden. Die einzige Kontraindikation bilden Phlebitiden.

H. Beckett-Overy wendet Natr. salicyl. an.

St. G. Delisle Gray findet dieses, wenn auch die Wirkung eine gute ist, sehr schmerzhaft, und spricht sich für Chinin oder Urethan in übersättigter Lösung aus.

J. Forestier weist auf die Bedeutung der endokrinen Drüsen für die Entstehung der Venenvarikositäten hin. Für die thrombosierende Behandlung sind die Geschwüre mit geringen dystrophischen Veränderungen, verursacht durch variköse Venen, am geeignetsten; postphlebitische Geschwüre sind jedenfalls davon auszuschließen. Frühzeitige Behandlung variköser Venen verhindert Geschwüre. Die Behandlung der Patienten im Stehen ist aufgegeben worden. Die unangenehmen Nebenwirkungen des Natr. salicyl. können nicht zugegeben werden; Chinin birgt die Gefahr eines Abortes in sich, Embolien sind nur nach Glukose beobachtet worden. E. Levin-Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1928, Bd. 9, Nr. 8

Lésions atypiques de la peau glabre dans le favus (Atypische Veränderungen der unbehaarten Haut beim Favus), von G. Mguebrow, Hautkl. Odessa. S. 649. Verf. beschreibt drei Gruppen von seiner Ansicht nach atypischen Veränderungen der Körperhaut beim Favus. Bei der ersten Gruppe findet sich noch eine große Ähnlichkeit mit typischen Favusformen. Die Plaques sind gewöhnlich oval, etwa ein- bis zweifrankstückgroß, leicht erythematös und mit feinen, kleiestaubähnlichen Schüppchen be-

Digitized by Google

deckt. Auch sind öfter mohn- bis erbsengroße, die Haut überragende Papeln eingestreut. Derartige Veränderungen beobachtete Verf. besonders in der Skapulargegend, auf der Brust, im Gesicht, am Bauch und den Extremitäten. Die typischen Favusskutula fehlen vollständig. Die zweite Gruppe zeigt erythematös-squamöse oder squamöse Plaques von Mohnkorn- bis Fünfzigcentimesstückgröße. Sie sind scharf von der gesunden Haut abgegrenzt und erscheinen wie mit Mehl bestäubt. Sie haben dadurch ein weißgraues Aussehen. Im Gesicht nehmen die Schuppen oft eine gelblichere Färbung an. Die Veränderungen haben Ähnlichkeit mit der Pityriasis simplex. Sitz gewöhnlich: Gesicht, Hals, obere Rumpfpartie und Schultergegend. In der dritten Gruppe sind die Veränderungen mehr infiltrativen Charakters, Papelform herrscht vor, mit ausgesprochener Rotfärbung, aber auch infiltrierte, etwas oberflächlicher gelegene Plaques finden sich. Die Veränderungen der zweiten Gruppe sind sehr schnell durch Salizylschwefel- oder weiße Präzipitatsalbe zu heilen. Bei der ersten Gruppe behandelt Verf. mit Teerschwefel- oder Chrysarobinsalbe. Am hartnäckigsten gegen die Therapie erweisen sich die Veränderungen der dritten Gruppe. Hier soll der Chrysarobin- oder Teerschwefelsalbe grüne Seife zugesetzt werden. (Sabouraud erwähnt in seiner folgenden Arbeit, daß die beschriebenen Veränderungen für ihn nichts Neues sind. Ref.)

Généralités concernant les dermatophytes (Allgemeine Bemerkungen über Hautpilze), von R. Sabouraud. S. 656. Während in den verschiedensten Ländern das Vorkommen vieler Hautpilze wechselt, macht der Favus von dieser Tatsache eine Ausnahme. Alle Favusarten der Kopfhaut sind einzig und allein durch das Achorion Schönleinii bedingt. Sie zeigen im allgemeinen in der Kultur das gleiche Wachstum, schneller oder langsamer wachsende Kulturen sind relativ sehr selten. Bei drei Favusformen (Favus pityroïdes, Favus impetiginosus und Favus papyroïdes) finden sich nicht die üblichen Skutula. Der Favus herpeticus oder circinatus der alten Autoren wird von S. durch die bei allen Pilzflechten bekannte Anordnung der Pilze in der Haut erklärt; während die Pilze im Zentrum des Herdes absterben, wuchern sie in der Peripherie weiter. Achorionarten animalischen Ursprungs sind das Achorion Quinckeanum (Bodin), Achorion gallinae, Achorion violaceum (Bloch). Das Achorion Quinckeanum trägt seinen Namen zu Unrecht. Der von Quincke in der Kultur beschriebene weiße Schimmel stammt nach S.s Ansicht von Saprophyten, da bei einem Kranken niemals zwei verschiedene Favuskulturen zu beobachten sind. Genauere interessante Einzelheiten sind im Original nachzulesen. Das Achorion gypseum findet sich beim Menschen nur ausnahmsweise. Dadurch bedingte Veränderungen an der Körperhaut haben das Aussehen eines Kerion. — Wenn die Botaniker die verschiedenen Achorionarten anders einteilen als die Dermatologen, so beruht dies auf einer Einteilung nach dem Aussehen der Kultur.

Observation rare de Syphilis secondaire maligne (Seltene Beobachtung einer malignen sekundären Syphilis), von Gravagua-Catana. S. 670. Bei einem 59jährigen Gewehrhändler ist der ganze Körper mit zahlreichen Papeln und Knoten übersät. Plaques muqueuses der Mundhöhle. WR und Meinicke mehrmals untersucht, negativ. Bei Dunkelfelduntersuchungen fanden sich niemals Spirochaeta pallida. Tuberkulinreaktion negativ. Histologische Untersuchung auf Spirochaeta pallida ebenfalls negativ. In der Kutis lymphozytäre Infiltration. Da die Effloreszenzen auf Wismutbehandlung (Stärke ist nicht angegeben, Ref.) bald zurückgingen, wird syphilitische Ätiologie des Falles angenommen. (3 Abbildungen.)

L'hyperkératose des extrémités en saison froide (Hyperkeratose der Extremitäten in der kalten Jahreszeit), von R. Barthélemy. S. 681. Bei Personen beiderlei Geschlechts, die beruflich keinen mechanischen, chemischen Schädlichkeiten oder besonderem Kälteeinfluß ausgesetzt sind, findet man manchmal schon bei der ersten Kälte im Herbst Veränderungen an den Fingerspitzen; die Haut verliert ihre Elastizität, wird graugelb, die Papillarlinienzeichnung verstreicht, trockene, harte Hornauflagerungen bilden sich. In den Falten der Hohlhand und in den Interphalangealfalten zeigen sich Hyperkeratosen. An den Füßen sind die Veränderungen weniger ausgesprochen, wahrscheinlich, weil sie weniger der Kälte ausgesetzt sind. Bei manchen Personen finden sich auch noch Rhagaden, besonders subungual. Die Kälte spielt ätiologisch selbstverständlich eine Rolle, eine besondere Hautdisposition muß aber auch noch bestehen. Bei einem Fall hatte Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten Erfolg. Die beschriebene Hyperkeratose ist die Folge einer besonderen Form eines partiellen und vorübergehenden Angiospasmus, der vielleicht in Beziehung zur Forme fruste des Hypothyreoidismus steht.

Sur les poils incarnés (Über eingewachsene Barthaare), von G. Weninger, Hautklinik Toulouse. S. 687. Beschreibung von Follikulitiden der Bartgegend, die auf ein-

Digitized by Google

gewachsene Barthaare zurückgeführt werden. Für die Behandlung wird regelmäßige Alkoholdesinfektion vorgeschlagen. In sehr hartnäckigen Fällen muß der Bart epiliert werden. Anführung von drei eigenen Beobachtungen und von zwei von Fr. Schmidt in der Derm. Zschr., 1926, Bd. 47, H. 5—6, veröffentlichten Fällen.

Sur un cas de contamination lépreuse en France par Lèpre importée (Über einen Fall von Lepraansteckung in Frankreich durch eingeschleppte Lepra), von P. Giacardy-Tarbes. S. 695. Klinische Schilderung eines Falles von typischer Knotenlepra bei einer 27jährigen im Departement Hautes-Pyrénées lebenden Ehefrau. Leprabazillen wurden im Nasenschleim und in einem Leprom vom Handgelenk nachgewiesen. Der Ehemann und 5 Kinder sind gesund. Es wurde festgestellt, daß die Kranke vor 11 Jahren Bedienstete bei einer in Cozes lebenden Leprösen war, die länger in den Kolonien gelebt hatte.

A. Holländer-Bielefeld.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

1928, H. 7 und 8

Chondrodermatitis nodularis chronica helicis (Chronische, knötchenförmige Chondrodermatitis des Helix), von J. H. T. Davis. S. 388. Verf. hat vier Fälle dieser Erkrankung bei älteren Menschen beobachtet. Die am äußeren Ohrknorpel sitzende Läsion der Haut bildet sich langsam und unbemerkt heraus, bis die Patienten durch Jucken und leichten Schmerz bei Berührung darauf aufmerksam werden. Histologisch ist eine Perichondritis und eine deutliche Ansammlung von polynukleären Leukozyten im Unterhautzellgewebe festzustellen, Riesenzellen sind da, Plasmazellen fehlen bemerkenswerterweise. Die kleinen runden Zellen sind auffallend zahlreich. Die Kapillaren sind dilatiert, die Gefäße zeigen Verdickung der Adventitia. Die Epidermis ist in allen Schichten hypertrophiert. Die Erkrankung wird auf eine senile Läsion im Knorpel zurückzuführen sein.

La Dysidrose infectieuse streptococce (Dyshidrosis durch Streptokokkeninfektion), von G. Milian. S. 391. Wie es nach Milian eine luetische Dyshidrosis gibt, so auch eine durch Streptokokkeninfektion. Vier derartige Fälle werden beschrieben, in denen es von Phlegmonen oder anderen Streptokokkeninfektionen der Nachbarschaft zu spezifischer Dyshidrosis gekommen war. Die Behandlung ist die gleiche wie die der übrigen Streptokokkenhauterkrankungen.

Abcès à Streptocoques de la petite lèvre (Streptokokkenabszeß der kleinen Schamlippe), von G. Milian. S. 396. Es handelt sich um eine deflorierte Patientin, die das Bild eines Ulkus der kleinen Lippe nebst Abszeß zeigte. Lues und Gonorrhoe lagen nicht vor, und die kulturelle Untersuchung ergab als Ursache eine reine Streptokokkenerkrankung der Haut und des Unterhautzellgewebes der kleinen Schamlippe infolge von Sekundärinfektion seitens eines unspezifischen Fluors.

Sociétés (Sitzungsberichte): **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie; Société française de Prophylaxie sanitaire et morale; Société Bulgare de Dermatologie; Conférence de la Défense sociale contre la Syphilis.**

H. Lippert-Köln.

Annales des Maladies Vénériennes

1928, Bd. 23, Nr. 10

De la signification clinique de la réactivation de la réaction Bordet-Wassermann, d'après Milian-Gennerich, et des oscillations spontanées de la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis (Die klinische Bedeutung der Reaktivierung der Bordet-Wassermannschen Reaktion nach Milian-Gennerich und der Spontantrübungen des Bordet-Wassermann bei der Syphilis), von Perkel, Moreyniss und Israelson. S. 723. Zwischen den beiden Reaktionen besteht insofern kein großer Unterschied, als sie beide keine klinisch zuverlässigen Resultate ergeben. Bei der Reaktivierung, die entweder mit 0,3 g Neosalvarsan oder drei Einspritzungen von 1 g einer 10%igen Wismutlösung ausgeführt wurde, ergaben sich nicht weniger Versager als bei den Spontantrübungen des Wassermann. Die letztere Methode hat wenigstens den Vorzug, daß sie ungefährlich ist, was man bei der Reaktivierung nicht sagen kann. Unter diesem Gesichtspunkt

Digitized by Google

empfiehlt es sich, die Provokation zu ersetzen durch die Untersuchung der Spontantrübungen im Serum, und zwar an fünf aufeinanderfolgenden Tagen.

De quelques considérations sur la réaction de Bordet-Wassermann au sérum chauffé (Betrachtungen über die Bordet-Wassermannsche Reaktion mit erhitztem Serum), von W. Levy-Paris. S. 744. Bei jedem Serum gibt es eine maximale Dosis, unterhalb welcher bei gleichbleibender Dosis des hämolytischen Komplements eine vollkommene Hämolyse nicht mehr zustande kommt. Verf. beschreibt eine Methode, durch die es möglich ist, automatisch die zu jedem Serum passende genaue Menge des hämolytischen Komplements ohne Zeitverlust zu bestimmen. F. Landauer-Berlin.

Bücherbesprechungen

Taschenbuch der mikroskopischen Technik, von B. Romeis-München. 12. neubearbeitete und erweiterte Auflage. Verlag von R. Oldenbourg, München 1928. Preis geb. RM. 25.—. Die 12. Auflage des bewährten Böhm-Oppel-Romeisschen Buches erscheint, völlig umgearbeitet, in vergrößertem Umfange. Das Werk ist nach dem neuesten Stand der mikroskopischen Technik ergänzt. Bei dem Umfang von 716 Seiten ist es kein Taschenbuch im eigentlichen Sinne mehr und dennoch durch seine Anordnung geeignet, auf allen mikroskopischen Gebieten rasch zu orientieren. Im allgemeinen Teil wird besprochen: das Mikroskop und die optischen Nebenapparate, die Herstellung und Untersuchung frischer Präparate, Fixation, Einbettung, Schneidemethoden, Schnittfärbung, Rekonstruktionsmethoden, Messen mikroskopischer Präparate. Der spezielle Teil umfaßt die Färbemethoden, Fermentnachweis und histochemische Methoden der Zelle und ihrer Bestandteile, außerdem die einzelnen Organsysteme und Organe des Körpers. Auch die embryologische Untersuchungstechnik wird geschildert. Durch das beigegebene Literatur-, Autorenverzeichnis und Sachregister gewinnt der Wert des Buches. Im Anhang sind die für den Anfänger zu empfehlenden Methoden kurz zusammengestellt. Durch seine Übersichtlichkeit und Vielseitigkeit in der Schilderung der verschiedenartigsten Methoden ist das Buch von gleichem Wert für den Anfänger wie für den erfahrenen Histologen. Es sollte in keinem histologischen Laboratorium fehlen. A. Holländer-Bielefeld.

Fortschritte der Heilstoffchemie, von Houben-Berlin. 1. Abt.: Das deutsche Patentschriftwesen. 3. (1908—1912) und 4. (1913—1917) Band. de Gruyter & Co., Berlin und Leipzig 1927/28. Der 3. Band dieses Riesenwerkes gibt einen Einblick in die Fortschritte der Arzneimittelproduktion der Jahre 1908—1912, in welchem Zeitraum die Erfindertätigkeit besonders umfangreich war, was schon daraus hervorgeht, daß für die Besprechung dieses Zeitabschnittes mehr Druckraum erforderlich war als für einen längeren Zeitraum kurz vorher. Im großen und ganzen sind es immer wieder dieselben Gruppen, in denen Erfindungen angemeldet werden, nur spärlich sind neue Tatsachen zu verzeichnen. Unter diesen verdienen hervorgehoben zu werden das Herstellungsverfahren für synthetisches Adrenalin und einige neuere Salvarsanpatente, in denen sich ebenso wie in Band 4 in den Versuchen zur Darstellung wirksamer gemischter Arsen-Phosphor-, Arsen-Antimon- und Arsen-Wismutverbindungen die Fortschritte der Chemotherapie widerspiegeln. Wer die oft zeitraubende und umständliche Benutzung der Patentschriften in früherer Zeit kennt, wird dem Verf. außerordentlich dankbar dafür sein, daß er es meisterhaft verstanden hat, durch eine vorzügliche Anordnung und sachliche Erläuterung des Stoffes die große Fundgrube der Patentschriften den entsprechenden Interessenten in so bequemer Weise zugänglich gemacht zu haben.
J. Schumacher-Berlin.

Synthese der organischen Arzneimittel, von Waser-Zürich. Verlag F. Enke, Stuttgart 1928. Preis RM. 16.—, geb. RM. 18. Das Buch ist sowohl für den studierenden Chemiker wie für den chemisch interessierten Mediziner bestimmt und setzt, wenn auch nicht umfassende, so doch allgemeine Kenntnisse der organischen Chemie voraus. Er befaßt sich in erster Linie mit der eingehenden Schilderung der synthetischen Methoden der Arzneimittelherstellung. Die Definition „organische Arzneimittel" dürfte Verf. bei einer folgenden Bearbeitung meines Erachtens besser etwas weiter fassen. Nur ungern vermißt man, der vom Verf. betonten Einschränkung wegen, die organischen Arsenpräparate, einschließlich des Salvarsans und seiner Derivate und die zwar ebenfalls mehr eine anorganische Heilwirkung entfaltenden Wismut- und Goldpräparate, die besonders den Mediziner interessieren dürften. Auf einige weniger wichtige ältere Mittel hätte ruhig verzichtet werden können zugunsten neuerer Präparate,

Digitized by Google

Yatren z. B. Auch das Thyroxin dürfte verdienen, künftig erwähnt zu werden. Das Buch ist in leicht faßbarer Form geschrieben. Die tabellarische Zusammenstellung wichtiger Synthesen (Novokain u. a.) dürfte allen Nichtfachchemikern sehr willkommen sein. Allen chemisch interessierten Medizinern kann das vortreffliche Buch nur wärmstens empfohlen werden, zumal es wirklich eine Lücke in der Literatur über Arzneimittelsynthese auszufüllen berufen ist. J. Schumacher-Berlin.

Das ultraviolette Spektrum der Radiumemanation, von St. Wolf. Mitt. d. Inst. f. Radiumforschg., Nr. 221. Verlag Hölder-Pichler-Tempsky A.-G., Wien 1928. Preis RM. —.30. Physikalisch interessante Mitteilung über das Spektrum der Radiumemanation, das bisher im wesentlichen nur im sichtbaren Gebiet bekannt war. Mit Hilfe eines Quarzprismenapparates wurden gegen hundert Linien zwischen 3600 und 2400 Å neu gemessen. Halberstädter-Berlin.

Lues congenita tarda, von W. Krantz. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1928. Preis RM. 4.—. Krantz' ausgezeichnete monographische Darstellung der Lues congenita tarda faßt unter diesem Begriff die im allgemeinen den tertiären Erscheinungen bei akquirierter Lues gleichenden und gewöhnlich erst nach dem 4.—5. Lebensjahr auftretenden Symptome zusammen, nicht etwa nach der früheren Auffassung der Bezeichnung nur die eventuellen Späterscheinungen nach vorher unbemerkter Lues congenita. Die verschiedenen Erkrankungsformen der einzelnen Organsysteme sind eingehend geschildert. Besonders interessiert die gründliche, auf die eigenen Untersuchungen der Kölner Klinik gut gestützte Darstellung der Zahnanomalien. Neben den Hutchinsonschen Zähnen, ferner den von F. Zinsser wieder in den Vordergrund gerückten Fournierschen Zähnen (Anomalien der Kauflächen der ersten Molaren) und den Moonschen Zähnen, die von Pflüger als „Knospenformen" neu beschrieben wurden, sind auch die verschiedenen Schmelzhypoplasien, die nicht der Lues congenita zuzuschreiben sind, genau geschildert, und alle Veränderungen sind in ihrer pathognomonischen Bedeutung gewürdigt, die Wichtigkeit für die Diagnose bei der Mundbesichtigung liegt auf der Hand. Unter den Knochenerscheinungen finden wir eingehend auch die Säbelklingenform der Tibia beschrieben, die Fourniersche Auffassung einer infolge der Knochenauflagerung nur scheinbaren Verkrümmung der Tibia ist heute durch die Röntgendiagnose korrigiert, es liegt eine reelle Verkrümmung nach vorn vor. Angaben über Familienanamnese und über ein Untersuchungsschema beschließen die Schrift, die durch ihren Text und auch durch ihr reiches und ganz vorzüglich ausgesuchtes Illustrationsmaterial dem Allgemeinpraktiker, aber auch dem Spezialisten viel Aufklärung und Anregung bietet. Bruhns-Charlottenburg.

Verzeichnis der Pilzsammlung der Klinik. Zusammengestellt von C. L. Karrenberg, Derm. Kl. d. Allg. Krkhs. St. Georg, Hamburg. (Leit. Arzt Prof. Dr. H. Ritter.) Hamburg 1928. Gedruckt anläßlich der 90. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. Das von Karrenberg verfaßte, von Ritter mit einem Vorwort eingeführte Verzeichnis zeigt die erstaunliche Reichhaltigkeit der Pilzsammlung, die das vor noch nicht drei Jahren gegründete Pilzlaboratorium in der dermatologischen Abteilung des Hamburger Krankenhauses erlangt hat. Diese Sammlung, hervorgegangen aus den Untersuchungen der Hamburger Pilzflora, vielfach damals auch in Zusammenarbeit mit dem Institut des verstorbenen Forschers H. C. Plaut, umfaßt jetzt mehrere Hundert verschiedenster in- und ausländischer Stämme, und die Fäden und Verbindungen erstrecken sich auf die Pilzlaboratorien fast der ganzen Welt. Auf dem Gebiet der Mikrospora, Trichophyta, der Epidermophyten und Achorien sind fast alle, jedenfalls alle wichtigen existierenden Stämme vertreten. Ebenso sind die Sporotrichen, die Schimmelpilze, Hefen, Spalthefen, Kryptokokken u. a. in außerordentlich reicher Zahl der Arten — und wie aus der wundervollen Pilzausstellung anläßlich der 90. Naturforscher- und Ärzteversammlung hervorging, in mustergültiger Kultivierung — in der Sammlung zu finden. Sicher ist für ihren Aufbau die auch im Vorwort betonte Verbindung mit den fachbotanischen Instituten sehr wertvoll gewesen, denn hier bedarf es der Zusammenarbeit des Mediziners mit dem Botaniker. Der Verfasser des Kataloges hat selbst mit größter Energie und mit unermüdlichem Sammeleifer an dem Zustandekommen der großen Sammlung gearbeitet, und wir alle, die wir mit der Mykologie zu tun haben, müssen dankbar sein, daß damit eine so hervorragende Zentralstelle weiterer Forschung und Belehrung für dieses in den letzten Jahrzehnten so wichtig und umfangreich gewordene Gebiet unserer Wissenschaft geschaffen worden ist.

Bruhns-Charlottenburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Maligne Neubildungen

The Growth-Producing Effects of Extracts of Tobacco on Mice (Die wachstumerzeugende Wirkung des Tabakextraktes bei Mäusen), von F. C. Helwig-Kansas City, Kan. (J. Am. m. Ass., 1928, Bd. 91, Nr. 3, S. 150.) Die beim Pfeifenrauchen entstehende Tabakschmiere scheint nicht fähig zu sein, Epithel zu grenzenlosem und malignem Wachstum bei Mäusen anzuregen. Sie erzeugt lediglich ausgedehnte Epitheldefekte, die aber bei Wegfall des Reizes prompt abheilen. Die bei 400—500° C überdestillierten Verbrennungsprodukte des Tabaks wirken fast ebenso wie das Destillat, das beim Pfeifenrauchen entsteht. Bei 50 Mäusen führte Pinselung der Haut des Rückens mit einem selbst hergestellten Tabakschmiere-Chloroform-Ätherextrakt zu atypischen Epithelwucherungen, die aber begrenzt blieben und sich nach Absetzen der Pinselung spontan zurückbildeten, ähnlich den Ergebnissen, die Wacker und Schminke (1911) erzielten, indem sie Tabaksaft mit Öl vermischt auf Kaninchenohren pinselten. Außerdem gibt Verf. einen kurzen Überblick über einige bisher veröffentlichte Resultate der artifiziellen Erzeugung atypischer Epithelproliferationen in der Haut von Tieren.

P. Seier-Heidelberg.

Zur Kasuistik des Karzinoms bei primitiven Negervölkern, von E. Maass-Bolahun. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1928, Bd. 32, H. 8, S. 410.) Im Gegensatz zu der gelegentlich geäußerten Ansicht, daß Karzinom nur bei solchen afrikanischen Negern vorkommt, die in naher Berührung mit der europäischen Zivilisation ihre einfache Lebensweise mit der ihnen nicht zusagenden europäischen vertauscht haben, bringt Maass Krankengeschichten von zwei Negern aus Liberia von einem Stamme, der bisher überhaupt noch keine Berührung mit europäischer Zivilisation gehabt hat. Beide starben an Krebs.

P. Unna jun.-Hamburg.

The Treatment of Malignant Disease by Colloidal Lead (Die Behandlung von malignen Neubildungen mit Kolloidblei), von St. Wyard. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3515, S. 838.) Nachdem Blair Bell in Liverpool über günstige Resultate, die er mit der intravenösen Injektion von Kolloidblei bei Karzinomkranken erzielte, berichtet hat, prüfte W. das Verfahren seinerseits bei 56 Fällen von inoperabelem malignem Tumor. Die Herstellung des Präparates erfordert einen besonderen Apparat zur Durchleitung eines elektrischen Stromes (70 Volt, 10 Amp.) durch zwei in destilliertem Wasser aufgehängte Elektroden aus reinem Blei nebst einer Portion in dem Wasser befindlichen Bleikörnern. Das gewonnene Kelloidblei muß sehr vorsichtig gehandhabt werden, da es sich sehr leicht oxydiert und hochtoxisches Hydroxydblei bildet. Die Ergebnisse von W.s Beobachtungen waren wenig günstig. Von den 40 Patienten, welche eine genügende Dosis (0,2 g oder mehr) erhalten hatten, hat nur einer eine deutliche Besserung aufgewiesen. Allerdings handelte es sich stets um Patienten in einem sehr ungünstigen oder sogar hoffnungslosen Zustand.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Talg- und Schweißdrüsen

Zur Frage der Behandlung der Hyperidrosis localis faciei, von Stojanow und Fukelmann. (Klinitscheskaja Medicina, 1928, Bd. 6, Nr. 12.) Die Typhusepidemien mit eitriger Parotitis als Komplikation haben auch in Rußland die bis dahin seltene Hyperidrosis localis faciei häufiger gemacht. Verf. bringt vier eigene Beobachtungen und rühmt als gute Behandlungsart diejenige mit Schlammbädern nach Burdjenko.

A. Jordan-Moskau.

Haare und Nägel

Erfahrungen mit dem neuen Enthaarungsmittel „Eva-Creme", von Hartung und Schramm-Mühlhausen, Thür. (M. m. W., 1928, Nr. 33, S. 1416.) Eva-Creme ist ein Enthaarungsmittel ohne unangenehmen Geruch, das bei öfterem Gebrauch die Haare dünner und spärlicher werden läßt, aber an der Haut keinerlei Entzündungserscheinungen hervorruft. Nach Gebrauch dauert es 7—10 Tage bis zum Hervorwachsen der Haare, die, wie histologisch an der Kaninchenhaut nachweisbar, bis zur Wurzel zerstört werden.

F. Rosenthal-Berlin.

Sur la piedra de Paraguay (Über die Piedra von Paraguay), von G. Delamare und C. Gassi. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1928, Bd. 99, Nr. 19, S. 500—503.) Die

Digitized by Google

Affektion ist recht weit verbreitet. Die Knoten sitzen zu 2—3—5, selten mehr, besonders an den langen Haaren, an denen sie zylindrische oder ovoide Manschetten bilden. Während des Lebens sehr fest sitzend, sind sie von vor einigen Wochen abgeschnittenen Haaren leicht zu entfernen. Die Haare selbst erscheinen im übrigen unverändert. Mikroskopisch finden sich in einer Grundsubstanz Haufen von doppelt konturierten, mosaikartig angeordneten Zellen, ein verästeltes Myzel und die Hortaschen „Zysten", die Flagellatenkörper enthalten. Nach den Kulturen steht das gezüchtete Trichosporon dem Trichosporon Hortai, das die Ursache der brasilianischen Piedra ist (es scheint sich hier um zwei Varietäten des gleichen Keimes zu handeln), näher als dem die kolumbische verursachenden Trichosporon giganteum. E. Levin-Berlin.

Dermatomykosen

Fungous Infections of the Hands and the Feet (Pilzinfektionen der Hände und Füße), von R. Hallam. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3515, S. 835.) Verf. schildert die verschiedenen Pilzarten, welche hierbei in Frage kommen, Trichophyten (Gymnosaceae), Hefepilze (Saccharomyces) und einige Spezies von Hyphomyzeten, wie z. B. Monilia, und gibt einen geschichtlichen Überblick über den Entwicklungsgang der Feststellungen auf diesem Gebiete. Er legt die klinischen Verhältnisse dar unter den drei Rubriken der Infektion der Zwischenzehen- bzw. Zwischenfingerräume, des akuten vesikulösen Ausschlags der Hände und Füße (Cheiropompholyx) und der fungösen Infektion der Nägel unter Anführung einiger charakteristischer Beispiele und eingehender Besprechung der therapeutischen Maßregeln, ohne aber für den Facharzt etwas Neues zu bieten.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tinea Interdigitalis Pedis (Tinea interdigitalis am Fuß), von H. H. Sceoch. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3516, S. 895.) Entgegen der von Mac Leod empfohlenen Anwendung von Seebädern und dem Waten in Seewasser bei diesem Leiden warnt L. entschieden davor und empfiehlt als beste Behandlung den Gebrauch einer 2—3%igen Chrysarobinsalbe, die mehrmals täglich dünn aufgestrichen werden soll.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Zur Epidemiologie des Scharlachs in Berlin. I. Statistisches, von E. Seligmann-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 32, S. 1329.) In Berlin haben die Scharlacherkrankungen seit einiger Zeit beträchtlich zugenommen. Im Jahre 1923 wurden 1933 Fälle, 1926 6253 Fälle und 1927 bereits 8476 Fälle gemeldet. Die Morbidität der Kinder im Alter von 0—15 Jahren übertrifft die Gesamtmorbidität um das 3—5 fache. Am meisten sind Kinder im Alter von 5—10 Jahren (Anfang der Schulzeit) gefährdet. Die Letalität weist seit 1920 sehr niedrige Werte auf. Soziale Lage und Scharlachausbreitung zeigen keinerlei Parallelismus. Ebensowenig wie aus den statistischen Ermittlungen vermag Verf. aus seinen bakteriologischen Untersuchungen irgend welche epidemiologische oder prophylaktische Folgerungen zu ziehen. F. Harry-Wiesbaden.

Beitrag zum Scharlachproblem, von H. Mommsen-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1928, Nr. 33. S. 1408.) Der Dick-Test hat sich bei der Diagnose zweifelhafter Exantheme und bei der Beurteilung der Scharlachempfindlichkeit als nicht einwandfrei erwiesen; dagegen ist die Heilserumbehandlung des Scharlachs ein großer therapeutischer Fortschritt. Es muß aber zumindest 50 ccm des Behring-Serums, bei schweren Fällen 100 ccm gegeben werden. Bei Komplikationen müssen möglichst außerdem 100 ccm intravenös gespritzt und geringere Dosen täglich wiederholt werden.

F. Rosenthal-Berlin.

Ist das Auslöschphänomen beim Scharlach mit Normalserum oder Scharlachheilserum anzustellen?, von H. Lampert-München. (D. m. W., 1928, Nr. 32. S. 1332.) Unter 17 klinisch sicheren Scharlachfällen versagte Normalserum 11 mal, Scharlachserum nur 4 mal. Am deutlichsten war das Auslöschphänomen bei Verwendung von Scharlachserum, und zwar dann, wenn bei ausgeprägtem Exanthem frühzeitig injiziert wurde. F. Harry-Wiesbaden.

Über ein neues Scharlachserum. (Theoretisch-experimentelle Grundlagen), von F. Meyer-Berlin. (D. m. W., 1928, Nr. 32, S. 1328.) Die Streptokokken bilden in zeitlicher Reihenfolge Blut-, Organ- und Hautgifte. Die mit Organgift hergestellten Sera wirken hauptsächlich auf die Primärsymptome des Scharlachs (Fieber und Exanthem), während die mit Organgift hergestellten auf die Komplikationen einwirken, indem sie

Digitized by Google

sie teils verhindern, teils milde verlaufen lassen. Durch Immunisierung mit allen Giften gelingt es, ein kombiniertes Scharlachserum (Höchst) zu gewinnen, das allen Anforderungen genügt. Die Prüfung der Scharlachsera erfolgt am Tier (Maus) mit Kultur und Organgift (Kaninchen), daneben kann die Auslöschfähigkeit am menschlichen Exanthem herangezogen werden. F. Harry-Wiesbaden.

10 Fälle von Erythema infectiosum, von Ph. Kissinger-Bunzlau. (M. m. W., 1928, Nr. 32, S. 1381.) Während in Bunzlau eine leichte Scharlachepidemie herrschte, erkrankten in einem für tuberkulosegefährdete Kinder bestimmten Heim mit einer Belegzahl von 51 teils gleichzeitig, teils nacheinander an Erythema infectiosum 10 Kinder. Die Erkrankung bestand in einem unter Fieber auftretenden, meist auf die Streckseiten der Arme und auf das Gesicht unter Freilassung der Lippen und der knorpeligen Nase beschränkten Ausschlag. Der Ausschlag ist teils gitter-, teils erysipelartig, scharf umschrieben. Nur in zwei Fällen, und zwar dem des erst erkrankten Mädchens und des einzigen Knaben, der zuletzt erkrankte, war obengenannter Ausschlag von masern- oder rötelnähnlichem Ausschlag begleitet. Die Erkrankungen heilten ohne nennenswerte Therapie in 5—8 Tagen. Komplikationen traten nicht auf. Das Erythema infectiosum soll gerade in Gegenden auftreten, in denen zur Zeit eine Scharlach-, Masern- oder Rötelnepidemie herrscht. H. Colman-Berlin.

Tuberkulose

Betrachtungen und Versuche zur Bestimmung der Keimzahl in Tuberkelbazillenkulturen, von W. Blumenberg und H. Wiening-Bonn. (Zchr. f. Tbc., 1928, Bd. 51, H. 6, S. 417.) Homogene Emulsionen aus Tuberkelbazillen lassen sich unter Verwendung von Natriumoxalat als Verreibungs- und Verdünnungsflüssigkeit leicht herstellen. Die Wirkung des Natriumoxalats beruht auf zwei verschiedenen Faktoren, erstens auf der Verminderung der Oberflächenspannung auf Grund einer geeigneten Wasserstoffionenkonzentration und zweitens auf der Fällung der Kalziumverbindungen zu Kalziumoxalaten. Zur Zählung ist die Bürkersche Zählkammer, die wie sämtliche Materialien sorgfältig vorzubereiten ist, gut geeignet. Die Gesamtzahl der in einem Milligramm enthaltenen Tuberkelbazillen beträgt im Gegensatz zu den bisherigen Angaben immer mehr als eine Milliarde. S. Bergel-Berlin.

Zur Frage der Impfung der Neugeborenen gegen Tuberkulose mit B.C.G., von J. Bäron-Budapest. (W. kl. W., 1928, Nr. 32, S. 1167.) Polemische Bemerkungen zu einer gleichnamigen Arbeit von Calmette (W. kl. W., 1928, Nr. 1). B. bezweifelt die Beweiskraft der Calmetteschen Daten bezüglich der alleinigen Wirksamkeit der B.C.G.-Impfung der Neugeborenen betreffs der Herabsetzung der Sterblichkeit von 0 bis zu einem Jahre. Die Wirkung der Vakzination auf die allgemeine Sterblichkeit in der Gruppe von 3808 Kindern unter einem Jahre findet er 25fach zu gut, als daß sie durch die Vakzination allein erklärt werden könnte. B. führt die Herabsetzung der allgemeinen Mortalität zum größten Teil auf die Tatsache der dauernden Beobachtung obiger Gruppe zurück. T. Benedek-Leipzig.

Zum Tuberkulinproblem, von J. Hämel-Würzburg. (W. kl. W., 1928, Nr. 33, S. 1199.) Gegen die von H. Koch in Nr. 14 der W. kl. W. mitgeteilten Befunde bei Meerschweinchen, denen Tuberkulin in einer Mischung von Olivenöl, Metacholesterin und Myriein subkutan injiziert war und bei denen es gelungen sei, den tuberkulosefreien Organismus auf Tuberkulin überempfindlich zu machen, erhebt Hämel den Einwand, daß schon der histologische Befund zeigt, daß es sich nicht um echte Tuberkulinempfindlichkeit handelt. Die Befunde bedeuten den Ausdruck einer unspezifischen Sensibilisierung gegen die Eiweißkörper des Tuberkulins, d. h. also gegen Glyzerinbouillon und Pepton. M. Cohn-Dresden.

Zum Tuberkulinproblem, von H. Koch. (W. kl. W., 1928, Nr. 33, S. 1199.) Gegenüber den Bemerkungen Hämels in Nr. 33 der W. kl. W. erklärt Koch, daß seine Methode sich wesentlich von den bisher angewandten unterscheide, weil von ihm Tuberkulindepots angelegt werden, von denen aus eine langsame Resorption von Tuberkulin erfolgen kann. Die Reaktionen erreichen nach 24—48 Stunden ihren Höhepunkt, gehen dann mehr oder weniger rasch zurück. Hautverdickungen können noch nach Wochen beobachtet werden. Das Aufflammen der Reaktionen auf neuerliche Tuberkulinzufuhr, das auch bei Menschen manchmal vermißt wird, fällt auch vielleicht bei Meerschweinchen aus. Vielleicht werden sich unter Berücksichtigung der quantitativen Verhältnisse experimentell Unterschiede zwischen echter Tuberkulin- und Eiweißreaktion darstellen lassen. M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Über die Wirkung der Röntgenbestrahlung auf die Aktivität des Kochschen Alttuberkulins bei den Hautapplikationen. I. Mitteilung, von Th. Abramowitsch und I. Rabuchin-Charkow. (Zschr. f. Tbc., 1928, Bd. 51, H. 6, S. 462.) Die Verff. kamen auf Grund ihrer Feststellungen zu der Ansicht, daß nur diejenigen Fälle der Lungentuberkulose zur Röntgenbehandlung geeignet sind, die mit einer mittleren Toxämie einhergehen. Fälle mit schwacher oder starker Toxämie sollen von der Röntgenbehandlung ausgeschlossen werden, weil hier nicht bloß keine Abschwächung, sondern im Gegenteil eine Verstärkung der Tuberkulinwirkung zu erwarten ist.

S. Bergel-Berlin.

Die Behandlung von Lupus vulgaris und Hauttuberkulose durch Verabreichung von Mineralsalzen per os, von T. Bloch. (Hospitalstidende, 1928, Nr. 15. S. 363.) Bericht über zwei Fälle, bei denen der innerliche Gebrauch des Mineralwassers Venecin, einer laut früherer Publikation Kalksalze und Schwefel in kolloidem Zustande enthaltenden Lösung, gute Resultate lieferte. Fall 1. Frau, 53jähr., mit Lupus vulgaris faciei, Skrofuloderma und kalten Abszessen. Aufnahme am 7. VII. 1926 nach jahrelanger Finsenlichtbehandlung (160 Sitzungen) und Elektrolyse der Nasenscheidewand. Das ganze Gesicht mit Lupusknötchen besetzt. Am Handrücken links ein großer, am Arm fünf kleinere kalte Abszesse. Behandlung mit 125 ccm Venecin dreimal täglich. Nach 3 Monaten erhebliche Besserung. Bei Unterlassung der Medikation im weiteren Verlauf wieder Auftreten von Abszessen. Nach Wiederaufnahme der Venecintherapie Heilung der Abszesse ohne chirurgischen Eingriff. Fall 2. Mädchen, 6jähr. Lupus tumidus faciei. Auf linker Wange Plaque von 4 × 5 cm Größe. Behandlung mit 75 bis 100 ccm Venecin täglich per os und Umschlägen mit dem Mineralwasser über Nacht. Nach 3 Monaten deutliche Besserung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Finsen und Röntgen in der Lupusbehandlung, von F. Thedering-Oldenburg. (Strahlenther., 1928, Bd. 29, H. 2, S. 274.) Verf. vermag den grundsätzlich ablehnenden Standpunkt Reyns in der Frage der Röntgenbestrahlung des Lupus vulgaris nicht zu teilen. Er betont, daß die Armut Deutschlands es nicht zulasse, Tausende von pfennigstückgroßen Finsenbestrahlungen, kombiniert mit teuren Kohlenbogenlichtbädern für einen einzelnen Lupusfall anzuwenden. Verf. hat in 15jähriger lupusärztlicher Tätigkeit ein Verfahren ausgearbeitet, das dem Finsenverfahren im Erfolg gleichkommt, aber bedeutend billiger ist und schneller zum Ziele führt. Er bedeckt eine mit Kromayerdrucklicht vorbehandelte Lupusstelle mit einer dick auf Pflastermull gestrichenen organischen Kupfersalbe. Die Kranken ertragen den Kupferverband meist 6—10 Stunden. Dann wird eine wachshaltige Borsalbe aufgelegt, dann nochmals Kupferpflaster, bis eine kräftige Leukozytose einsetzt. Die so „sensibilisierte" Lupusstelle bestrahlt Verf. mit kleinsten Dosen Röntgen. Die Einzeldosis beträgt bei wechselnder Spannung und Filterung 0,1—0,5, im Höchstfalle (selten!) 1,0 X gemessen nach Kienböck und Sabouraud. Diese Dosis wird wöchentlich oder zweimal monatlich gegeben. Die Erfahrung hat gelehrt, daß ein öfter wiederholter gelinder Ansporn den Vorsprung gewinnt gegenüber der einmaligen Verabreichung der summierten Teildosen (10mal 0,1 X wirksamer als einmal 1,0 X). Über die etwa seit 5 Jahren mit der Bestrahlung der Milz und der Vollbestrahlung des Körpers gemachten Versuche wird eine spätere Arbeit berichten. Verf. ist der Ansicht, daß die Möglichkeiten der Verwendung des Röntgenlichts in der Lupusbehandlung noch gar nicht ausgeschöpft sind. E. Kottmaier-Mainz.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Ernannt: Dr. Kagelmann, Oberarzt der Hautklinik in Magdeburg, zum Stadtarzt und Leiter der Geschlechtskrankenfürsorge.

Gewählt: Prof. Fr. Šamberger in Prag zum auswärtigen Mitglied der Polnischen Dermatologischen Gesellschaft.

Gestorben: Priv.-Doz. Dr. Alfred Kraus in Prag. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 52 (Bd. 87) 29. Dezember 1928

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. L. Arzt)

Über atypisch lokalisierte Hauterkrankungen durch Epidermophyton inguinale Sabouraud

Von

Dr. August Matras, Assistent

Ohne auf das gut bekannte klinische Bild der Epidermophytia inguinalis näher einzugehen, das nach Sabouraud als Type marginé (klassisches Eczema marginatum Hebrae), als Type érythemateux non marginé und als Type eczématoide unterschieden wird, sowie auf eine kürzlich noch von Karrenberg beschriebene Type erythrasmoide, sollen in Folgendem zwei seltenere, atypisch lokalisierte Formen durch den gleichen Pilz beschrieben werden.

Nachdem in den Jahren unmittelbar nach dem Umsturz an der Klinik Riehl, wie schon Arzt und Fuhs betonten, die Epidermophytie zu den relativ seltener beobachteten Dermatosen gehörte, konnten in der letzten Zeit wieder einschlägige typische Fälle von Epidermophytia inguinalis in vermehrter Zahl an der Klinik Arzt festgestellt werden, unter denen auch die bereits erwähnten atypischen Affektionen wahrgenommen wurden.

Fall 1: M. F., Gastwirt, 50 Jahre. Seit etwa 1 Jahr Hauterkrankung am Kopf, Kinn und Gesicht, die vom Kinn ausging. Bisher trotz verschiedentlicher Behandlung keine nennenswerte Besserung.

Status praesens: Am Hinterkopf, etwa 8 cm über die Nacken-Haargrenze hinaufreichend, andererseits über den Nacken sich ausbreitend, ein großer polyzyklisch begrenzter Herd, ein zweiter scheibenförmiger an den linken Halspartien, ein dritter Nasenspitze und rechte Wange umfassend, ein vierter in der Höhe des linken äußeren Augenwinkels, über die Stirne bis zur rechten Schläfe verlaufend. Die Haut im Bereiche der Herde im Zentrum von blaßbräunlichroter Farbe und zarter Schuppung, an den Randpartien gerötet, geschwollen, mit Knötchen, Bläschen, zum Teile auch Krusten und groben Schuppen bedeckt. Das klinische Bild einem Herpes tonsurans vesico-crustosus superficialis gleichend.

In dem mit 30% Kalilauge hergestellten Nativpräparat von Blasendecken und Schuppen gerade und gewundene, leicht zerreißliche Myzelfäden, durch Septen in rechteckige Abschnitte zerlegt. Neben diesen netzartig sich überkreuzenden Fäden auch perlschnurartige Ketten aus längsovalen Gliedern (Oosporaform). Auf Sabourauds Maltose und Grütz' Malzpeptonagar scheibenförmige Kulturen von radiärer Streifung, hellgelblichgrüner Farbe mit zentralem Köpfchen und alsbald auftretendem pleomorphen Saum: Epidermophyton inguinale.

Neben den erwähnten Hauterscheinungen an den vorderen und rückwärtigen, oberen und mittleren Stammpartien verschieden große, zum Teil zu polyzyklischen Herden konfluierende runde Flecke von gelbbrauner Farbe, gleichartige, jedoch von einem leicht

Digitized by Google

rötlichen Beiton beiderseits in inguine und an der Innenseite des linken Oberschenkels beiderseits über ein großes Areale ausgebreitet. Mikroskopisch in den beim Darüberstreifen sich lösenden zarten Schuppen Haufen von großen Gonidien, dazwischen kurze, knorrige, gekrümmte Myzelien, somit Pityriasis versicolor.

Fall 2: F. A., 16jähr. Mädchen. Seit 3 Wochen an der rechten Thoraxseite ein kleinhandtellergroßer, scheibenförmiger Herd mit blaßgelbbraunem, schuppenbedecktem Zentrum, leicht rötlichen Knötchen und Schuppen besetzten Randpartien. Auch in den Schuppen dieses Krankheitsherdes mikroskopisch und kulturell Epidermophyton inguinale nachweisbar, doch in der Kultur des Pilzstammes gegenüber dem ersten Falle ein Vorherrschen der schmutzig grauweißen Farbe.

Der erste der angeführten Fälle mit den Erscheinungen am Kopf, Kinn und Gesicht verdient vielleicht deswegen ein gewisses Interesse, als bei ihm sich eine seltenere Lokalisation der Epidermophytie im Bereiche von Kopf, Kinn und Gesicht in Form von oberflächlichen, an Trichophytie erinnernden Krankheitsherden vorfinden.

Ähnliche Fälle konnten bisher u. a. zunächst von Weiss beobachtet werden, der bei einem seiner Fälle eine Läsion am Hinterkopfe in Form eines Kreissegmentes mit randständigen schuppenden Papeln ohne Haarausfall beschrieb. Dudumi fand neben einer typischen Epidermophytia inguinalis auch einen Herd in der rechten Retroaurikulargegend und Karrenberg endlich konnte das Epidermophyton inguinale aus einem kleinen pityriasiformen Fleck am Mundwinkel einer Patientin, der in seinem Aussehen vollkommen einer Pityriasis sicca glich und klinisch überhaupt nicht als mykotische Affektion erkennbar war, züchten. Arzt und Fuhs endlich kultivierten den gleichen Pilz aus Haaren und Schuppen runder und ovaler münzengroßer Herde im Bereiche der behaarten Schläfenpartien vom Aussehen einer Pityriasis rosea. Bei letztgenannten Patienten, einem 8jähr. Knaben, fanden sich nebstbei zahlreiche Herde an Stamm und Extremitäten, die klinisch von einer Pityriasis rosea nicht zu unterscheiden waren. Ähnliche makulo-erythematöse, schuppende Epidermophytonherde an Stamm und Extremitäten haben u. a. auch Lewandowsky, Kaufmann-Wolf, Alexander, Nicolau, Fischer u. a. beschrieben.

Weniger beobachtet dagegen dürfte die in unserem zweiten Falle festgestellte solitäre große Plaque an der rechten Brusthälfte vom Aussehen eines Herpes tonsurans erythematosquamosus ohne sonstige Begleitung anderweitiger, zum Teil typisch lokalisierter Epidermophytonherde sein. Eine ganz besondere Seltenheit stellt übrigens auch der Fall Brünauers mit der ansonst noch nicht beschriebenen Miterkrankung der Nägel dar.

Wie schon seinerzeit von Arzt und Fuhs bemerkt wurde, dürften für die mitunter wahrgenommenen, namentlich in ihrer Lokalisation, zum Teil auch in ihrem Aussehen atypischen Formen der Epidermophytie weniger eine verschiedene Virulenz, als vor allem eine unterschiedliche Disposition der Haut der davon befallenen Individuen für die Ansiedlung des Epidermophyton inguinale maßgebend sein. Das erhärten ja besonders deutlich die von Nicolau berichteten Fälle, bei denen trotz gleicher Infektionsquelle die Epidermophytie beim Vater sich als typisches Ekzema marginatum, bei der Tochter als atypisches Pityriasis-rosea-Exanthem erwies.

Digitized by Google

Schließlich soll noch in unserem ersten Falle auf den Nebenbefund einer in der Inguinalgegend lokalisierten, einem Erythrasma ähnelnden, mikroskopisch sichergestellten Pityriasis versicolor aufmerksam gemacht werden. Es könnte letztere Beobachtung — eine Entscheidung unsererseits soll aber keineswegs getroffen werden — evtl. als eine weitere Stütze der Jesionekschen Vermutung angeführt werden, daß es sich bei Erythrasma um eine regionär modifizierte Pityriasis versicolor und beim Microsporon minutissimum um ein modifiziertes Microsporon furfur handeln könnte, das aus der Adaption des Saprophyten an die Einflüsse gewisser Körpergegenden resultierte, wobei die lokale Beeinflussung die ursprünglich dicken Hyphen in feinere und zartere umgewandelt hat.

Zusammenfassung

Es werden zwei Fälle von atypisch lokalisierter, mikroskopisch und kulturell sichergestellter Epidermophytie durch das Epidermophyton inguinale beschrieben, wobei in einem Falle auch eine ungewöhnlich lokalisierte Pityriasis versicolor mit einem sonst für das Erythrasma typischen Sitz und Ähnlichkeit mit dem letzteren noch Interesse verdient.

Literatur

Alexander, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 11. — Arzt u. Fuhs, Derm. Zschr., 1924, Bd. 41, S. 97. — Brünauer, Derm. Zschr., 1921, Bd. 35, S. 148. — Dudumi, Derm. Zschr., 1913, Bd. 20, S. 1082. — Fischer, Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1400. — Jesionek, zit. bei Karrenberg. — Kaufmann-Wolf, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 654. — Karrenberg, Arch. f. Derm., 1928, Bd. 154, S 605. — Lewandowsky, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 550. — Nicolau, Ann. de Derm., 1913, Bd. 4, 5. Serie, S. 65. — Sabouraud, Les teignes. Bd. 2, Paris 1910. — Weiss, Ref. Derm. W., 1920, Bd. 70, S. 335.

Aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Greifswald

Geschichtliche Beiträge zu dermatologischen Entdeckungen in Greifswald

Von

W. Schönfeld

Mit 2 Abbildungen im Text

Wenn ich als Greifswalder Dermatologe mich einmal auf das engumgrenzte medizingeschichtliche Gebiet der Greifswalder dermatologischen Entdeckungen begebe, so geschieht es, um die Namen derer, die hier für unser Fach etwas geleistet haben, vor der Vergessenheit in unserem Kreise zu bewahren; es sind dies Carl Ferdinand Eichstedt und Otto Busse, sie entdeckten den Erreger der Pityriasis versicolor bzw. die Blastomykose des Menschen.

I. Carl Ferdinand Eichstedt

Seine Lebensgeschichte ist zwar nicht so wechselvoll wie die seines Zeitgenossen David Gruby, des großen Entdeckers auf dem Gebiete der menschlichen Pilzerkrankungen. Dessen Lebenswerk und Lebenslauf hat Rille vor 2 Jahren in dieser Wochenschrift eingehend gewürdigt, beide berühren sich nur in ihren Entdeckungen.

Digitized by Google

Carl Ferdinand Eichstedt wurde zu Greifswald am 17. September 1816 als Sohn des Universitätssyndikus und Kreisgerichtsdirektors Joh. Phil. Eichstedt geboren. Er besuchte hier das Gymnasium, um im Herbst 1835 mit 19 Jahren zunächst in Berlin von 1835—1837 Medizin zu studieren und um nach bestandenem philosophischen Vorexamen für immer nach Greifswald zurückzukommen. Seine Berliner Lehrer waren, wie er in seiner Doktordissertation anführt, der Anatom Dr. Johannes Müller (Herausgeber des Archivs für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medizin), der berühmte Chemiker Mitshherlich, der Botaniker Link, der Physiologe Steffens, der Zoologe Lichtenstein, der Mineraloge Weiss, Hufeland und Trendelenburg. In Greifswald hörte er bei Friedrich August Gottlob Berndt[1]) (Innere Medizin, Geburtshilfe, Gerichtliche Medizin), Karl Aug. Siegmund Schultze (Anatomie und Physiologie), Ph. Seifert (Theoretische Medizin und Arzneimittellehre), Kneip (Chirurgie, Ophthalmologie).

Am 20. 12. 1839 wurde Eichstedt in Greifswald zum Doktor der Medizin mit der Dissertation „De vomitu cruento" promoviert. Nach dem in Berlin bestandenen Staatsexamen — die Mediziner an den preußischen Universitäten mußten damals ihr Staatsexamen in Berlin ablegen — arbeitete Eichstedt zunächst unter Berndt, im Herbst 1843 wurde er Assistent bei dem vom Danziger Stadtlazarett berufenen Chirurgen Baum.

Ein damaliger klinischer Assistent bekam jährlich 100 Taler Gehalt, Eichstedt erhielt in der neu errichteten Stelle aber nur 80 Taler vom Minister bewilligt, dafür bekam die Klinik ein Mikroskop von Plössl zu wissenschaftlichen Untersuchungen. Mit diesem Mikroskop stellte dann Eichstedt seine gründlichen Untersuchungen über die Krätzemilben beim Menschen an und entdeckte den Erreger der Pityriasis versicolor. Beide Arbeiten sind in v. Froriep „Neue Notizen aus dem Gebiet der Natur- und Heilkunde" unter dem Titel „Über die Krätzmilben des Menschen, ihre Entwicklung und ihr Verhältnis zur Krätze" und „Pilzbildung in der Pityriasis versicolor" 1846 erschienen.

Einen eigenen Namen gab Eichstedt dem Pilze vorläufig noch nicht. Sluyter sprach von einem „Epiphyton in Pityriasi versicolore"; der heute übliche „Microsporon furfur" (πίτυρον = furfur) rührt nicht von Eichstedt, sondern von Charles Robin her.

Eichstedt kam dazu, bei der Pityriasis versicolor nach Pilzen zu suchen, wie er es eingehend schildert, weil ein Handwerksbursche seine ausgedehnte Pityriasis versicolor auf eine Ansteckung durch einen anderen Handwerksburschen zurückführte und sie auch weiter auf seinen Bruder übertragen haben wollte. Ob diese anamnestischen Beobachtungen bei der geringen praktischen Ansteckungsfähigkeit der Pityriasis versicolor richtig gewesen sind, soll dahingestellt bleiben, jedenfalls führten sie Eichstedt dazu, nach einem Erreger zu suchen. Er fand ihn mit dem oben angegebenen Mikroskop und sah ihn deutlicher, als er Liquor Amonii caustici den Schuppen hinzugefügt hatte. Das weist schon auf eine gewisse Erfahrung bei der Untersuchung von Pilzkrankheiten hin, auch grenzt er ihn ab „gegen die gewöhnlichen Pilze, welche auf allen sich zersetzenden organischen Substanzen sich bilden".

Es war ja damals die Zeit, die wir als den Vorläufer der bakteriologischen Ära in der Medizin bezeichnen können, eingeleitet durch die Untersuchungen über die Muscardine der Seidenraupe von Bassi und Audouin (1837), Befunde, die auch Schönlein (1839), wie er selbst schreibt und wie wir es bei Remak bzw. Rille nachlesen können, veranlaßten die Zusammensetzung der Borken des Favus (damals Porrigo lupinosa Willan) zu untersuchen und den Erreger, den Remak schon vorher gesehen und beschrieben hatte und den Remak später mit Erfolg auf seinen Arm überimpft hatte, zu finden. Es war die Zeit, wo in Frankreich Donné in der Vibrio lineola vielleicht als erster ein spirochätenähnliches Gebilde bei der Syphilis gesehen hatte und die Trichomonas vaginalis (1837) — von Froriep bald bestätigt — entdeckt hatte. Die Medizin sprengte allmählich die Fesseln der Philosophie, die Verbesserung des Mikroskopes eröffnete neuen Erkenntnissen die Wege. Der nachmals bekannte Göttinger Anatom Friedrich Gustav Jakob Henle, damals noch Privatdozent in Berlin, der 1841 die von Simon 1842 als Acarus folliculorum genannte Milbe beim Menschen bereits ge-

[1]) Über diese, wie auch über die im folgenden noch genannten Angehörigen der Greifswalder Medizinischen Fakultät kann man Ausführlicheres in der „Geschichte der Medizinischen Fakultät Greifswald 1806—1906", Festschrift zur 450jährigen Jubelfeier der Universität Greifswald von Dr. Paul Grawitz, Verlag von Julius Abel in Greifswald, bzw. in der D. m. W. 1906, Nr. 31, S. 1226, finden.

Digitized by Google

sehen hatte, schreibt in seinen 1840 erschienenen „Pathologische Untersuchungen", in genialer Konzeption den Tatsachen Jahrzehnte vorauseilend, Seite 36: „Jetzt liegt es fast noch näher, das Kontagium sich mit einem vegetabilischen Leib zu denken, da man täglich mehr die große Verbreitung, die rasche Vermehrung und die Lebenszähigkeit der niederen mikroskopischen Pflanzenwelt kennenlernt".

In der Greifswalder Klinik Baums beschäftigte man sich natürlich auch mit den Schönleinschen Befunden, ebenso wie mit mikroskopischen Untersuchungen über den Soor, mit Nachprüfungen der von v. Walther angeblich bei Weichselzöpfen gefundenen pilzähnlichen Gebilden u. a. m. Das beweist die Dissertation von Simon August Hoenerkopff von 1843. Baum konnte, wie Hoenerkopff ausdrücklich hervorhebt (Seite 7), die Pilze bei der Plica polonica trotz sorgfältigster Nachuntersuchung nicht bestätigen. Zu der Zeit war Eichstedt bereits Assistent bei Baum. Er wird wohl, wenn auch von Hoenerkopff nicht ausdrücklich erwähnt, bei solchen oder ähnlichen Untersuchungen beteiligt gewesen sein. Deutlich geht das aus einer zweiten, in Berlin 1847 erschienenen Dissertation von Theodor Sluyter hervor. Sluyter hatte in Greifswald vom Wintersemester 1843/44 bis Wintersemester 1846/47 studiert und seine Dissertation war hier entstanden. Er erwähnt ausdrücklich wiederholt die Namen von Baum und Eichstedt (Seite 12, 14, 16, 18, 24, 26, 27), und hat hier auch die Eichstedtschen Befunde, unter dem er arbeitete, bei der Pityriasis versicolor kennengelernt. Er war dann der erste, der sie unter Beibringung von Abbildungen bestätigt hat. Karl v. Rokitansky erwähnt sie ebenfalls schon in seinem 1847 erschienenen „Handbuch der Pathologie", dann 1848 G. Simon in seinem Lehrbuch über Hautkrankheiten. Simon ist allerdings noch etwas skeptisch, wie folgender Satz beweist: „Ich halte es indessen noch nicht bewiesen, daß die Pilze bei jenem Hautleiden eine so wichtige Rolle spielen sollten". Er hat damit nicht recht behalten.

Eichstedt hat sich am 30. XII. 1846 auf Grund seiner Arbeiten über die Krätze habilitiert. An diesem Tage fand jedenfalls seine lateinische Probevorlesung, die dieses Thema behandelte, statt, die deutsche erst am 25. VI. 1847. Hierin betonte er die Wichtigkeit des Mikroskopes für die Erkennung der Ursachen vieler Krankheiten, worauf allein die zweckmäßige Heilmethode begründet werden könne. Als Beispiele wurden die Krätze, die Pityriasis versicolor usw. auf Grund eigener Untersuchungen angeführt.

Seine Anschauungen waren zweifellos für die damalige Zeit durchaus neuzeitlich. Als 30jähriger hatte er sich so mit seinen Arbeiten bereits einen anerkannten Namen als Forscher erworben, sein Fortkommen in der akademischen Laufbahn schien gesichert zu sein, und er wohl auch voller Hoffnungen. Als er sich zur Habilitation als Privatdozent meldete, konnte Prof. Berndt schreiben: „Ich kenne Herrn Doktor Eichstedt von Jugend auf und besonders seinen Eifer in Betrachtung derjenigen Gegenstände, denen er sich widmet, und glaube daher, daß er sich der Fakultät als Dozent nützlich erweisen werde." Baum äußerte sich bei derselben Gelegenheit: „Ich freue mich über die endliche Ausführung des Vorsatzes des Herrn Dr. E., sich bei unserer Fakultät zu habilitieren, da ich ihn als einen strebsamen, tüchtigen Mann kenne und bei der Zahl unserer Studierenden noch manches Fach einen Lehrer sucht."

Eichstedts Hoffnungen erfüllten sich nicht; er hat manche Enttäuschung erfahren müssen. 1848 ging sein Lehrer Baum nach Göttingen. Eichstedt war, nachdem Ried-Jena (s. Grawitz, S. 29) abgelehnt hatte, von der Fakultät als Baums Nachfolger in Betracht gezogen worden. Es kam aber Adolf Bardeleben aus Gießen. Unter ihm konnte wohl Eichstedt nicht weiter Assistent bleiben, es bot sich ihm eine Gelegenheit, zur Gynäkologie überzugehen. Berndt hatte hier 1850 eine geburtshilfliche Poliklinik ins Leben gerufen und Eichstedt aufs wärmste als Vorstand dieser Poliklinik empfohlen, er bekam ihre Leitung jedoch nur vom Ministerium interimistisch mit dem Auftrage vom 16. I. 1851 „einmal im Jahre Geburtshilfe und Frauenzimmerkrankheiten zu lesen". Die Fakultät wünschte nun weiter seine Ernennung zum a. o. Prof. Ganz abweichend von dem Verfahren bei fast allen anderen Dozenten verlangte der Minister Eichhorn von ihm eine „namhafte wissenschaftliche Arbeit" vor dieser Ernennung. Grawitz schreibt dazu: „Berndt hatte in geradezu glänzender Weise das über Eichstedts klinische Jahresberichte absprechende Urteil zweier Berliner Geburtshelfer widerlegt; fremde Autoren hatten dem Minister bestätigt, daß Eichstedts Entdeckung der Pilze bei der Pityriasis versicolor und seine Arbeit über die Naturgeschichte der Krätzmilbe hohen wissenschaftlichen Wert besäßen — der Minister blieb bei dem Verlangen nach „einer namhaften wissenschaftlichen Arbeit bestehen".

Digitized by Google

Nachdem diese Bedingung durch eine Abhandlung klinischen Inhalts erfüllt war (es war die Arbeit „Über den Durchfall der Kinder"), erfolgte die Ernennung zum a. o. Berndt starb 1854, die Medizinische Fakultät wünschte nun ein Ordinariat für Geburtshilfe und hierzu den Berliner Privatdozenten Credé, gleichzeitig jedoch schlug sie dem Minister vor, falls ein Ordinarius nicht zu haben wäre, möchte er den a. o. Prof. Eichstedt zum Direktor ernennen. Der Minister schaffte aber ein Provisorium, indem er Eichstedt vertretungsweise die Leitung über die Klinik übertrug. Jahr für Jahr wurde dieser Auftrag erneuert, bis zur großen Überraschung der Fakultät und größten Enttäuschung für Eichstedt ein Ministerialerlaß vom 19. VII. 1858 den bisherigen Privatdozenten Dr. Hugo Pernice in Halle zum o. Prof. der Geburtshilfe und Leiter der Klinik und Poliklinik ernannte. Daraufhin legte Eichstedt seine Ämter nieder. vom Minister wurde dies gegen das Votum der Fakultät bewilligt. Er richtete eine Privatpoliklinik ein, und lebte ganz seiner Praxis. Die Personalakten, um deren Einsichtnahme ich gebeten hatte, und die das eigenartige Verhalten des Ministers hätten klären können, waren nicht mehr vorhanden.

Abb. 1. Carl Ferdinand Eichstedt. Bild um 1886

Als akademischer Lehrer konzentrierte er sich — nachdem er während seiner interimistischen Direktorzeit „Theoretische Geburtshilfe, Geburtshilfliche Poliklinik, Frauenzimmerkrankheiten, Kinderkrankheiten, Praktische Geburtshilfe am Phantom" gelesen hatte. dies und Geburtshilfliche Poliklinik noch bis 1867 — von der Zeit ab auf Hautkrankheiten und Syphilis.

Als praktischer Arzt und Mensch, als geborener Greifswalder, der mit seinen Landsleuten gut umzugehen verstand, erfreute er sich großer Beliebtheit: „Eicking", klein und untersetzt, im Alter recht umfangreich geworden, älteren Greifswalder Zeitgenossen noch als Original bekannt, der einen guten Tropfen „Rotspon" nicht verachtete, duzte z. B. alle seine ländlichen Kranken. Von seiner Beliebtheit zeugte noch einmal die Feier seines 50jährigen Doktorjubiläums, weite Kreise der Bevölkerung aus Stadt und Land brachten dem persönlichen Freunde und Arzte die wärmsten Glückwünsche.

Am 31. XII. 1892 kam das Ende ohne vorhergegangenes Krankenlager, von einer weiten Fahrt über Land heimkehrend, erlag er einem Schlaganfall.

So sank mit ihm ein Stück der alten Greifswalder Fakultät ins Grab. Ein Forscher- und Gelehrtenleben, das so verheißungsvoll begonnen hatte, dem aber reichliche Enttäuschungen und wohl auch ungerechte Behandlungen nicht erspart geblieben waren. erlosch. Durch seine Entdeckung aber gehört er in der Dermatologischen Literatur zu den Unsterblichen.

II. Otto Busse

Es mag wohl mehr ein Zufall sein, daß die zweite Greifswalder Entdeckung auf dem Gebiete der Dermatologie auch zu den Pilzerkrankungen gehört. Ihre Geburtsstunde ist der 16. VI. 1894. Otto Busse, damals Assistent am Pathologischen Institut, sah kokzidienartige Gebilde im Mikroskop und sprach sie auf Grund weiterer Untersuchungen als erster als „pathogene Hefen" an.

Wenn W. Richter kürzlich seine in der Derm. W., 1928, Bd. 87, S. 931 erschienene Arbeit „Beiträge zur Hefepilzerkrankung: I. Blastomykosen" [1]) (Buschke-

[1]) Die Bezeichnung Blastomykose, der wir auch in der Arbeit von Gilchrist begegnen, ist nach Buschkes Angabe von ihm von dem Botaniker Nägeli, der die Sproßpilze Blastomyzeten nannte, übernommen worden.

Digitized by Google

Busse) mit den Worten beginnt: „In der Humanmedizin hatte man bis 1884 bis zu der Veröffentlichung von Buschke, der unabhängig von Busse bei einer eigenartigen Erkrankung am Unterschenkel, die später auch über andere Körperteile sich erstreckte, Hefepilze nachwies, von pathogenen Hefepilzen in dieser Form keine Kenntnis", so sind die in den ersten Zeilen enthaltenen Angaben falsch.

Der Werdegang der Entdeckung, wie er sich aus den einzelnen Veröffentlichungen von Busse und späteren von Buschke ablesen läßt, war vielmehr folgender:

Das Greifswalder Pathologische Institut (Vorstand: Prof. P. Grawitz) bekam am 15. VI. 1894 von der Chirurgischen Klinik (Vorstand: Prof. Helferich) zur Feststellung der Diagnose ein Präparat übersandt, dessen Begleitzettel die Aufschrift trug: „Frau Kapp, 31 Jahre alt, chronische subperiostale Entzündung der Tibia (erweichtes Sarkom?)".

Im Zupfpräparat traten sehr viele Riesenzellen auf, so daß Busse seine makroskopisch vermutete Diagnose Riesenzellensarkom bestätigt glaubte. Dazu stimmten aber nicht die Unzahl hellglänzender, z. T. doppelt konturierter Gebilde von der Größe eines weißen Blutkörperchens, Busse hielt sie zuerst für Kalkkonkremente und versuchte ihre Auflösung durch Salzsäure, sie blieben bestehen, auf Anraten von Grawitz setzte er Natronlauge hinzu, ihr Glanz wurde stärker. Grawitz sprach dabei die Vermutung aus, daß es sich um eine Art niederer Organismen, vielleicht aus der damals stark zur Diskussion stehenden Gruppe der „Mikrosporidien oder Kokzidien" handeln könne und regte weitere Untersuchungen an, zumal er ja gerade auf diesem Gebiete der Hautpilzerkrankungen große Erfahrungen hatte. In seiner Berliner Zeit, als Virchows Assistent, hatte Grawitz nach dem Verfahren des Botanikers Brefeld den Soor-Favus-Trichophytiepilz und das Microsporon furfur zuerst rein kultiviert. Später konnte er auch die von Cohnheim u. a. bestrittenen Befunde des damaligen Greifswalder Pathologen Grohé, der als erster schon 1869 über pathogene Hefen am Tier gearbeitet hatte — Einzelheiten darüber gibt die Greifswalder Dissertation von Alwin R. A. Block — bestätigen.

Abb. 2. Otto Busse.
Bild aus der Greifswalder Zeit um 1900

Busse überimpfte nun am 16. VI. 1894 kleine Mengen des fraglichen Sarkoms einem Kaninchen in das Knochenmark der rechten Tibia und einem mittelgroßen Hunde unter das Periost der Tibia mit positivem Erfolge, Rückzüchtungen und weitere Übertragungen dieser Kulturen auf Tiere gelangen ebenso. In den Tierkörpern entwickelten sich dieselben Gebilde wie beim Menschen. Er hielt sie zuerst noch für kokzidienähnliche Gebilde, wenn auch vieles an den Präparaten an Hefen erinnerte, was ihm Löffler am 5. VII. 1894 bestätigte. Den Beweis hierfür erbrachte Busse auf Löfflers Rat durch Züchtung auf Pflaumendekokt und durch Vergärungsversuche.

Bis zum 7. VII. 1894 (dem Vortragsabend im hiesigen Medizinischen Verein) war es Busse also gelungen, 1. durch Zusatz von Natronlauge zu den frischen Präparaten die Verschiedenheit der Gebilde von Zellkernen zu verweisen, 2. diese Zelleinschlüsse erfolgreich auf Tiere zu überimpfen und im Tierkörper zur Vermehrung zu bringen, 3. in Reinkulturen auf verschiedenen Nährböden darzustellen, 4. diese Kulturen wieder auf Tiere zu übertragen.

Am 27. VI. hatte Busse den Stand seiner damaligen Befunde (Nachweis der Zelleinschlüsse, ihre Übertragung auf Tiere, ihre Züchtung auf Gelatine usw.) der Chirurgischen Klinik mitgeteilt. Buschke, damals Assistent bei Helferich, hat dann als erster mit den von Busse gefundenen Verfahren diese Befunde nachgeprüft und dieselben Hefen aus einer inzwischen bei der Kranken aufgetretenen Hautaffektion, ebenso wie aus Bläschen des Auges gezüchtet. Buschke hielt sie aber noch am 7. VII. 1894,

Digitized by Google

wie aus der Überschrift seines Vortrages im Medizinischen Verein „Über eine durch Kokzidien hervorgerufene Krankheit des Menschen" hervorgeht, für Kokzidien.

Bezüglich der Priorität schreibt Buschke ausdrücklich in einem Privatbrief an Busse, der mir aus Busses Nachlaß vorgelegen hat, unter dem 11. VII. 1894 — „ich versichere Ihnen deshalb, daß mir die Züchtung aus den Hauteruptionen und dem Blut, welche ich erst am 22. VI. 1894 versucht habe, in Bezug auf die Hauteruptionen erst am 30. VI. 1894 in Reinkultur gelungen ist — während Sie meines Wissens Ihre Präparate mir und anderen schon am 27. (Mittwoch) demonstriert haben. Aus dem Knochenmark habe ich sie erst in der ersten Woche dieses Monats kultiviert und Vergleiche beider Kulturen gemacht. Es ist mir hiernach die Kultur gelungen[1]) erst nach Kenntnis Ihres Resultats". —

Daraus geht also ebenso wie aus oben Angeführtem einwandfrei hervor, daß die Angaben Richters, Buschke habe unabhängig von Busse diese Hefe gefunden, unzutreffend sind, trotzdem hat sich Buschke später um den weiteren Ausbau der Lehre besonders bei den Dermatologen verdient gemacht, so daß wir wohl von einer „Blastomykose Busse-Buschke" sprechen dürfen, aber nicht umgekehrt.

Otto Busse wurde geboren am 6. XII. 1867 zu Gühlitz bei Perleberg in der Priegnitz als Sohn des Kgl. Regierungs- und Baurats Hermann Busse, hat vorübergehend das Greifswalder Gymnasium besucht, in Greifswald Medizin studiert und ist hier am 22. X. 1892 mit einer Arbeit „Über die Heilungsvorgänge der Schnittwunden der Haut" zum Doktor promoviert worden, war dann Assistent unter Grawitz am Pathologischen Institut und habilitierte sich hier am 30. IX. 1896 mit einer Arbeit „Die Hefen als Krankheitserreger."

1904 kam er an das Pathologische Institut in Posen, als Nachfolger von Lubarsch, 1911 als Ordinarius nach Zürich. Er starb am 3. II. 1922 an einem Aortenaneurysma, Perforation der Aorta aus einem Geschwür.

Seine Entdeckung sichert ihm bei uns Dermatologen ein stetes Gedenken. Daran ändert nichts, daß auch in Amerika zu gleicher Zeit von Gilchrist ganz unabhängig von dem Greifswalder Fall ein ähnliches Krankheitsbild beschrieben worden ist.

Literatur

I.

Audouin, Recherches anatomiques et physiologiques sur la maladie contagieuse, qui attaque le vers à soie et qu'on désigne sous le nom de Muscardine. Annales des sciences, 1837, Bd. 8, S. 229 und S. 257, 1838, Bd. 9, S. 5. — Bassi, Del mal del segno, calcinaccio o moscardino. Sec. ed., Mailand 1837. — Donné, A., Recherches microscopiques sur la nature des mucus usw. Paris 1837. (Im Auszug und kritisiert) Ricord, Mal. ven. S. 58 ff. zit. n. Henle. — Eichstedt, C. F., De vomitu cruento. Medizinische Dissertation, Greifswald 1839, Nr. 4. — Eichstedt, Über die Krätzmilben des Menschen, ihre Entwicklung und ihr Verhältnis zur Krätze. Frorieps Notizen, 1846, Bd. 38, 39, S. 105/265. — Eichstedt, Pilzbildung in der Pityriasis versicolor. Frorieps Notizen. 1846, Bd. 39, S. 270. — Eichstedt, C. F., Über den Durchfall der Kinder. Greifswald 1852, Verlag von C. Herwig. — Eichstedt, C. F., Zeugung, Geburts-Mechanismus und einige andere geburtshülfliche Gegenstände nach eigenen Ansichten. Greifswald 1859. Akad. Buchhdlg. — v. Froriep, R., Frorieps Notizen, 1837, Nr. 25. S. 40, — Grawitz, P., Geschichte der Medizinischen Fakultät Greifswald 1806 bis 1906. Festschr. z. 450jähr. Jubelfeier d. Univ. Greifswald. I. Abel, Greifswald 1906. — Grawitz, P., Geschichtlicher Überblick über die Medizinische Fakultät. D. m. W., 1906, Nr. 31, S. 1226. — Gruby (Literatur über die Arbeiten Grubys). Siehe Rille. — Guensburg, Über Epiphyten auf Weichselzöpfen. Erwiderung auf den in diesem Archiv, 1844, S. 411/419 gedruckten von Walterschen Aufsatz gleicher Aufschrift, Arch. f. Anat., Physiol., 1845, S. 34. — Henle, Pathologische Untersuchungen. Verlag von August Hirschwald, Berlin 1840. — Henle, Züricher öffentlicher Beobachter, Dez. 1841, zit. nach G. Simon. — Hoenerkopff, S. A., De natura vegetabili ac diagnosi aphtharum. Med. Dissertation, Greifswald 1843 (Literatur). — Remak, R., Diagnostische und Pathogenetische Untersuchungen usw. Verlag von A. Hirschwald, Berlin 1847. — Rille, I. H., David Gruby (Literatur). Derm. W., 1926, Bd. 82, S. 512. — Robin, Ch.,

[1]) Im Original gesperrt.

Digitized by Google

Histoire naturelle des végétaux parasites. Verlag von Baillière, Paris 1853. — C. v. Rokitanski, Handbuch der pathologischen Anatomie. Verlag von Braumüller, Wien 1847. — Schönlein, Zur Pathogenie der Impetigenes. Auszug aus einer brieflichen Mitteilung an den Herausgeber. Arch. f. Anat., Physiol., 1839, S. 82. — Simon, G., Über eine in den kranken und normalen Haarsäcken des Menschen lebende Milbe. Arch. f. Anat., Physiol. usw., 1842, S. 218. — Simon, G., Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Verlag von G. Reimer, Berlin 1848, S. 311. — Sluyter, Theodor, De vegetabilibus organismi animalis parasitis ac de novo epiphyto in pityriasi versicolore obvio. Med. Dissertation, Berlin 1847. — Valentin, W., Repertorium f. Anat. u. Physiol. Kritische Darstellung fremder Ergebnisse und eigener Forschungen, 1841, Bd. 6, S. 58. Verlag von Huber & Co., Bern u. St. Gallen. — v. Walther, Über Epiphyten auf Weichselzöpfen. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1844, S. 411.

II.

Block. A. R. A., Beiträge zur Kenntnis der Pilzbildung in den Geweben des tierischen Organismus. Diss., Greifswald 1870. — Busse, O., Über die Heilungsvorgänge an Schnittwunden der Haut. Diss., Greifswald 1892. — Busse, O., Über parasitäre Zelleinschlüsse und ihre Züchtung (mit Demonstration). Greifsw. Med. Ver., 7. VII. 1894, Ref. D. m. W., 1895, Nr. 3, S. 14. — Busse, O., Über parasitäre Zelleinschlüsse und ihre Züchtung. Zbl. f. Bakt. u. Parasitenk., 1894, Bd. 16, S. 175. — Busse, O., Über Saccharomycosis hominis. Virch. Arch., 1895, Bd. 140, S. 23. — Busse, O., Die Hefen als Krankheitserreger. Hirschwald, Berlin 1897 (Literatur). — Busse, O., Über pathogene Hefe- und Schimmelpilze. Lubarsch-Ostertag, Ergeb. d. allg. Path. u. path. Anat. des Menschen und der Tiere. Bergmann, Wiesbaden 1900. — Busse, O., Die Sproßpilze. Handb. d. path. Mikroorg., Kolle-Wassermann, 1903, Bd. 1. — Buschke, Über eine durch Kokzidien hervorgerufene Krankheit des Menschen. Greifsw. Med. Ver. 7. VII. 1894. Ref. D. m. W., 1895, Nr. 3, S. 14. — Buschke, A., Über menschliche und tierische Sproßpilzmykosen (Blastomykosis, mit Demonstrationen). 6. Kongr. d. Dtsch. Derm. Gesellsch., Straßburg. Ref. Arch. f. Derm., 1899, Bd. 47, S. 261. — Buschke, A., Über Hefemykosen bei Menschen und Tieren. Volkmanns Samml. klin. Vortr., 1898, Nr. 218. — Buschke, A., Die Blastomykose Bibl. med. Abt. Derm. Nägele, Stuttgart 1902. — Buschke, A., Die Blastomykose. Arch. f. Derm., 1903—1904, Bd. 68/69, S. 415, S. 210. — Buschke, A., Über die unter der Bezeichnung Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica, Oidiomykosis der Haut) zusammengefaßten Affektionen in Mračeks Handb. d. Hautkr. IV, 2, S. 443, Wien 1909. — Buschke, A., Die Sproßpilze, in Kolle-Wassermann, Handb. d. path. Mikroorg., 1912/13 (Literatur). — Duhring, L. A., und Hartzell, M. B., Ein Fall von papulo-ulzerativer, follikulärer, hyphomyzethischer Erkrankung der Haut; eine noch nicht beschriebene Krankheit. Mh. f. pr. Derm., 1895. Bd. 20, S. 137. — Gilchrist, T. C., Protozoendermatitis mit hefenähnlichen Gebilden, American Dermatol. Assoc., 18. Jahresvers., Washington 29. V. bis 1. VI. 1894. Ref. Med. News, 11. VIII. 1894 bzw. Mh. f. pr. Derm., 1895, Bd. 20, S. 116, u. Bd. 20, S. 353. — Gilchrist, T. C., A Case of Blastomycetic Dermatitis in Man. The Johns Hopkins Hosp. Rep., 1896, Bd. 1, S. 209. — Gilchrist, T. C., Comparisons of the two Varieties of Protozoa and the Blastomyces found in the preceding Cases, with the socalled Parasites found in Various Lesions of the Skin viz. Psorospermosis follicularis vegetans (Darier), Carcinoma, Herpes zoster, Molluscum contagiosum, Varicella. The Johns Hopkins Hosp. Rep., 1896, Bd. 1, S. 291. — Grawitz, P., Beiträge zur systematischen Botanik der pflanzlichen Parasiten mit experimentellen Untersuchungen über die durch sie bedingten Krankheiten. Virch. Arch., 1877, Bd. 77, S. 546. — Grawitz, P., Über Schimmelvegetation im tierischen Organismus. Virch. Arch., 1880, Bd. 81, S. 355. — Grawitz, P., Über die Parasiten des Soors, des Favus und Herpes tonsurans. Virch. Arch., 1886, Bd. 103, S. 393. — Grawitz, P., Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen. Felix Meiner, Leipzig 1923. — Grohé, Vortrag im Med. Ver. zu Greifswald, Sitzung vom 7. VIII. 1869. Ref. B. kl. W., 1870, Nr. 1, S. 9. — Richter, W., Beiträge zur Hefepilzerkrankung. Derm. W., 1928, Bd. 87, S. 931. — Rixford u. T. C. Gilchrist, Two Cases of Protozoan (Coccidioidal) Infection of the Skin and Other Organs. The Johns Hopkins Hosp. Rep., 1896, Bd. 1, S. 209.

Digitized by Google

Referatenteil

Fachzeitschriften

Russkij Westnik Dermatologii

1928, Bd. 6, Nr. 7

Zur Frage des Stoffwechsels bei Hautjucken, von Patkanjan. Bei 80 an Hautjucken leidenden Kranken wurde im Urin eine starke Vermehrung des Chlornatriums nachgewiesen. Eine in 8 Fällen von Hautjucken mit besonders starkem Chlornatriumnachweis angewandte kochsalzarme Diät war von therapeutisch gutem Erfolg begleitet.

Zur Ätiologie des Lupus erythematodes, von Koliada. In 25 Fällen von Lupus erythematodes war in 14 die Harnsäuremenge im Blut und im Harn normal, in 11 dagegen im Blut höher als die Norm. Da sich bei diesen Kranken keine Tuberkulose nachweisen ließ, bringt Verf. die Entstehung des Lupus mit der Störung des Stoffwechsels und dem nachfolgenden Einfluß der Sonnenstrahlen in Zusammenhang.

Syphilis und Trauma, von Sirota und Higer. Auf Grund von fünf eigenen Beobachtungen des Auftretens syphilitischer Prozesse nach Traumen und einer Reihe von Fällen aus der Literatur halten die beiden Verf. es für sicher, daß ein Trauma einen schlummernden spezifischen Prozeß von neuem anfachen kann.

Scharlachartiges Erythem nach Behandlung der Syphilis mit Wismut, von Ishewsky. Verf. beobachtete bei einer Frau zweimaliges Auftreten eines typischen Arzneiausschlags nach Anwendung von Bijochinol und einmal bei derselben Frau nach einer 2%igen Sublimatinjektion. Spätere kombinierte Behandlung mit Sublimat, Neosalvarsan und Jodnatrium wurde gut vertragen.

Zur Frage einiger klinischer Besonderheiten der extragenitalen Dorfsyphilis, von Lipkin. Bei den vom Verf. beobachteten Fällen von familiärer, per os erworbener Syphilis im Dorf sah er in der Häfte aller Fälle Schleimhautaffektionen in der Mundhöhle auftreten, welche hauptsächlich die Lippen, die Wangen und die Übergangsstelle der Lippen- auf die Zahnfleischfalte betrafen. Die Mandeln waren dagegen nur selten affiziert, ebensowenig die Partie der Geschlechtsteile und des Afters.

Die Behandlung der kongenitalen Syphilis im frühen Kindesalter, von Heft. Eine Schematisierung der Kur ist bei der ambulatorischen Behandlung unmöglich durchzuführen infolge Unakkuratesse der Eltern, so daß Verf. eine stationäre Behandlung der syphilitischen Kinder anrät, obgleich er vom Hg, sogar per os, und Neosalvarsaninjektionen Schwund der syphilitischen Erscheinungen und in 64% einen Übergang der positiven WR in die negative beobachtete.

Zur Kasuistik der Verrucae disseminatae, von Santalow. Ausgebreitete Warzenbildung bei einem 22jähr. Bauer und einer 47jähr. Frau.

Zur Behandlung der Syphilis maligna, von Kolokolow. Guter Erfolg durch Dec. Zittmanni.

Ein Fall von fixiertem Exanthem nach Salvarsan, von Margulis. Dreimaliges Auftreten eines fixierten Salvarsanexanthems, etwa 3—4 Stunden nach Injektion von Neosalvarsan in der Dosis von 0,3 g. A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia (Moskau)

1928, Nr. 7/8

Die Bedeutung der Axyphoidie für die Diagnose der vererbten Syphilis, von Landa. Das Fehlen des Schwertfortsatzes (Axyphoidie bzw. rudimentäres Os xyphoideum) ist bloß als syphilisverdächtig anzusehen, bietet aber kein sicheres diagnostisches Zeichen für dieselbe. Der Prozentsatz der Axyphoidie nimmt sowohl bei syphilitischen als nichtsyphilitischen Kindern mit den Jahren zu.

Die ambulatorisch mit dünnen Kanülen ausgeführte Lumbalpunktion, von Zaslawsky. Bei einem Vergleich von je 100 Fällen mit dicken Kanülen und Liegen der Kranken bzw. dünnen, federnden Krabbeschen Kanülen ohne Liegen der Kranken ausgeführten Lumbalpunktionen ergab bei ersteren in 16% leichte und in 29% schwere

Digitized by Google

Nebenerscheinungen, bei letzteren in 12% leichte und in 18% schwere Nebenerscheinungen.

Die russischen Stovarsolpräparate bei Syphilis, von A. Jakubson. Die Prüfung von drei in U.S.S.R. hergestellten Stovarsolpräparaten ergab eine recht gute Wirkung sowohl auf die Spirochäten wie auch auf die klinischen Symptome der Syphilis, welche aber dennoch derjenigen einer kombinierten Hg- oder Bi- und Neosalvarsanbehandlung nachsteht. Auch Nebenerscheinungen werden häufiger als beim Neosalvarsan beobachtet.

Zur Kasuistik der schweren Knochensyphilis, von Achundow. Der eine Fall betraf eine 12jähr. Türkin mit Perforation des Scheitelbeins, Entblößung der Dura mater und Luxation des Augapfels; der andere eine 27jähr. Türkin mit Karies des Stirnknochens und multiplen Affektionen der Finger- und Handknochen wie der beiden Radii und Ulnae.

Über die Sensibilisationsfähigkeit der Haut durch pyogene Mikroben, von Schimanko und Ludwinowsky. Die Versuche der Verff. mit intradermalen Injektionen von Vakzine von pyogenen Mikroben bei Personen mit und ohne Eiterprozessen ergaben, daß die genannten Mikroben die Fähigkeit besitzen, verschiedene eitrige Prozesse hervorzurufen, gleichzeitig aber auch die Reaktionsenergie der Haut zu steigern.

Zur Frage der Hautveränderungen bei Erythraemie Vaquez, von Ssutejew. 64jähr. Pat. Blutbefund: Hb. 99%, rote Blutkörperchen 19000000, weiße 3800. Leber- und Milzvergrößerung. Gesichtshaut kirschrot. Erweiterung der Hautkapillaren entsprechend der Nase, Wangen und Backenpartie. Pigmentflecke auf den Handrücken. Zahlreiche Angiome auf dem ganzen Körper, Mundschleimhaut dunkelrot. Zahnfleisch locker, leicht blutend.

Über Rezidive von Pilzerkrankung der behaarten Kopfhaut nach Röntgenbestrahlung, von Golynski. Verf. beobachtete in 7% Rezidive, und zwar häufiger bei Trichophytie als bei Favus. Mikrosporie gibt keine Rezidive. 46,4% der Rezidive traten 3 Monate nach der Bestrahlung auf. Durch sorgfältige Epilation besonders unter Kontrolle der Woodschen Beleuchtung oder der ultravioletten Strahlen der Bachschen Lampe lassen sich die Rezidive vermeiden.

Zur Lehre des Lichen spinulosus, von Adigesalow. 13jähr. Armenierin mit Lichen spinulosus, zuerst der oberen Extremitäten und der Steißgegend, später auch der unteren Extremitäten und des Rumpfes. Histologisch fanden sich die üblichen Veränderungen. Obgleich sich der Lichen spinulosus gleichzeitig mit Erscheinungen von Lichen ruber planus fand, spricht sich Verf. gegen einen Zusammenhang mit letzterem aus. Seiner Ansicht nach hängt „diese Reaktion" der Haut mit örtlichen Besonderheiten der Haut und dem endokrinen System zusammen.

Zur Klinik und Histologie der progressiven pigmentösen Dermatose, genannt Schambergsche Krankheit, von J. Schwarzmann. Eine eigene Beobachtung wie die kritische Betrachtung der Literaturangaben führten Verf. zur Überzeugung, daß die Schambergsche Krankheit eine selbständige ist und die kayennepfefferartigen Flecke eigenartige Petechien darstellen. Die Infiltration dringt durch die Schweißdrüsengänge in die tiefen Hautschichten ein, wobei das Pigment in den tiefen Kutisschichten die Neigung hat, sich um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen zu sammeln. In der Folge kann es stellenweise zu einer klinisch und histologisch nachweisbaren Atrophie kommen.

Ein Fall von einseitiger Gonorrhoe bei Uterus bicollis, bicornis cum vagina septa, von Dachschläger. Die Überschrift gibt den Inhalt wieder.

Die Erythrozytensenkungsreaktion bei der weiblichen Gonorrhoe und ihre Veränderung in Abhängigkeit von der Therapie, von Greibo. Die bei einer großen Anzahl von Blennorrhoefällen vom Verf. im Staatlichen Venerologischen Institut angestellten Untersuchungen in bezug auf die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen ergab bei manifester Blennorrhoe der Frauen eine unbedeutende, bei Anwesenheit von Gonokokken eine deutliche Beschleunigung derselben. Die sogenannten postblennorrhoischen Veränderungen, wie Perimetritis, Periadnexitis usw., lassen eine solche vermissen. Die Mittelwerte der SR betrugen in einer St. bei gesunden Frauen 5,5 mm, bei akuter Blennorrhoe 17 mm, bei subakuter 13 mm, bei chronischer 5 mm. Von allen klinischen Symptomen, wie Temperatursteigerung usw., ist die SR die allerempfindlichste in bezug auf Veränderungen der inneren Geschlechtsorgane, hervorgerufen durch eine aufsteigende Blennorrhoe, so daß sie von diagnostischer und prognostischer Bedeutung ist; dagegen fielen die Versuche zur Feststellung des Einflusses therapeutischer Maßnahmen auf dieselbe negativ aus.

Digitized by Google

Todesfall nach intravenöser Kollargolinjektion bei aszendierender Gonorrhoe, von Linde. Anscheinend infolge Idiosynkrasie.

Ulcera cutanea diphtheroidea, von Mrongovius. Der Kranke des Verf. leidet seit 2 Jahren an Hautgeschwüren. Aus den Absonderungen derselben konnte ein Bazillus gezüchtet werden, welcher sich weder für Meerschweinchen noch Menschen pathogen erwies, wohl aber für den Kranken selbst, da zweimalige Impfungen mit der Kultur bei ihm positiv anschlugen. Der Bazillus steht dem Diphtheriebazillus nahe, da er sich nach Gram und mit Anilinfarben gut färbt und nach der Neisserschen, Lubinski-Epsteinschen Färbung Babes-Ernst-Körperchen zeigt, die am besten auf Agar-Agar, gut auf Glyzerinagar und weniger gut auf Löfflers Nährboden gedeihen. Er ist unbeweglich, aerob, bildet auf flüssigem Nährboden mit Zucker Säure, ist weder für Meerschweinchen noch für Mäuse hämotoxisch. Er gehört in die Gruppe der Korynebakterien der Diphtherie und wird vom Verf. Korynebacterium diphtheriae ulcerogene cutaneum genannt.

Zur Frage des Parallelismus der Senkungsreaktion und der WR, von Aljawdin. Es ist ein Parallelismus zwischen diesen beiden Reaktionen nicht von der Hand zu weisen, da er bis zu 95% beträgt.

Zur Frage der Prostitution der Kinder, von G. Löwenstein. Die Redaktion der Zeitschrift gibt den interessanten, vom Verf. auf dem internationalen Kongreß der Förderation der Abolitionisten in Antwerpen im Jahre 1927 gehaltenen Vortrag freilich mit der Randbemerkung wieder, daß sie mit einigen Ansichten des Verf., speziell hinsichtlich der Ursachen und Faktoren, welche die Entwicklung der kindlichen Prostitution begünstigen, nicht übereinstimmen kann.

Sexuelle Verbrechen nach dem Kriminalkodex der RSFSR, von Bytschkowa Ratschkowsky. Die Gesetzgebung der Sowjetunion hat die kriminale Verfolgung gegen verschiedene sexuelle Anomalien (Päderastie usw.) aus ihrem Kodex ausgeschaltet und nimmt statt dessen die sexuelle persönliche Sicherheit unter ihren besonderen Schutz. Besonders streng geht das Gesetz gegen sexuelle Vergehen an Minderjährigen vor.

Die heutige Gesetzgebung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution, von J. Okun. Übersicht über die betreffenden Gesetze sowohl in U.S.S.R. wie in Westeuropa und den Vereinigten Staaten von Nordamerika.

Venerismus und Prostitution im Deutschen Reich, von S. Gurewitsch. Eine Bearbeitung nach deutschen Quellen.

Die Verbreitung der Syphilis in einzelnen Bezirken des Twerischen Gouvernements in Abhängigkeit von kulturellen Besonderheiten, von A. Obraszow. Verf. sucht den Beweis zu erbringen, daß der verschiedene Charakter der Verbreitung der Syphilis in den verschiedenen Bezirken dieses Gouvernements von ungleichen kulturellen Bedingungen der betreffenden Bevölkerung abhängig ist.

Das extragenitale Ulcus durum entsprechend den Ergebnissen der Poliklinik am Staatlichen Venerologischen Institut zu Moskau für die Zeit von 1922—1927, von Chatenewer. Es handelt sich um 50 Fälle, von denen 25 an den Lippen, 9 auf den Mandeln, 3 auf den Lidern, 2 auf den Brustdrüsen, 1 auf der Zunge und 5 auf den äußeren Geschlechtsteilen bei kleinen Kindern saßen.

Geschlechtskrankheiten unter den Eisenbahnangestellten, von N. Jasnitzki. Verf. konstatierte im Laufe eines Jahres 1596 primäre Geschlechtskrankheiten bei Eisenbahnbeamten der Moskau-Kasaner-Bahn, was er auf Berufseigentümlichkeit infolge beständiger Reisen zurückführt. Infektionen unterwegs durch zufällige Begegnungen und nachfolgende schlechte Behandlung. Wünschenswert wäre, um letztere besser zu gestalten, zeitweilige Beschäftigung der Erkrankten an einem Ort zur Zeit der Behandlung.

Einige Bemerkungen zur Frage der Grundmomente zur Dynamik der Gonorrhoe, von M. Liebermann.

Ein Fall von Eschara nach Injektion einer Xeroformemulsion, von Chodorow.

Ein Fall von stark ausgeprägter Deformation der Ohrmuscheln, von Romaschew.

Ein Fall von Exostosis multiplex auf Grund von Lues congenita dystrophica, von N. Winogradow.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Acta Dermatologica (Japan)

1928, Bd. 11, H. 5

Über die Über- und Unterempfindlichkeit am isolierten Gefäßpräparat des vorbehandelten Kaninchens (I), von S. Kanisawa, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 411. Das isolierte Organgefäßpräparat des mit Schlangengift vorbehandelten Kaninchens ist gegen dieses Gift überempfindlich, während das bei dem Kaninchen, welches mit dem Serum eines solchen Tieres passiv sensibilisiert wird, nicht der Fall ist. Beim Kaninchen, dem einige Male Aalserum subkutan injiziert worden ist, ist das Gefäßpräparat gegen Aalserum überempfindlich. Dabei ist in diesem Tierserum Antihämolysin nicht nachweisbar. Wird aber das Aalserum mehrere Male injiziert, so kehrt die Empfindlichkeit des Gefäßapparates wieder zur Norm zurück, wobei sich im Tierserum nur wenig Antihämolysin nachweisen läßt. Bei noch größeren Dosen wird das Gefäßpräparat unterempfindlich, und es ist reichlich Antihämolysin nachweisbar. Mit dem Gift von Naja naja atra ließen sich dieselben Erscheinungen beobachten. Diese beiden entgegengesetzten Erscheinungen, d. h. Über- und Unterempfindlichkeit des Gefäßpräparates des mit Aalserum vorbehandelten Kaninchens, werden durch zwei verschiedene Bestandteile des Aalserums bedingt.

Der Einfluß der Schilddrüse auf die Regeneration der kornealen Epithelien, von M. Minowada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 431. Zur Klärung der Beziehungen zwischen der Schilddrüsenfunktion und der Regeneration der Haut und der Schleimhäute stellte Verf. Versuche an der Kornea des Kaninchens an. Es wurden mittels des Hippelschen Trepans vorsichtig kleine rundliche seichte Wundflächen erzeugt und darauf geachtet, daß die Wundflächen möglichst gleiche Tiefe und Form darboten. Dieses geschah an 10 Tieren am 11. Tage nach der Thyreoidektomie. 10 andere Tiere, welche 4 Tage lang mit Schilddrüsensubstanz gefüttert worden waren, wurden in gleicher Weise operiert; 5 weitere Tiere wurden zur Kontrolle gebraucht. Die heilenden Schleimhautdefekte wurden mit Fluoreszin beträufelt und mikroskopisch verglichen. Es zeigte sich, daß die Regeneration der Epithelien bei normalen Tieren 5—6 Tage, bei thyreoidektomierten Tieren 9—10 Tage dauerte.

A Peculiar Cutaneous Sense Due to Visible Light (Ein besonderer für Licht empfindlicher Hautsinn), von T. Umeda, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 439. Um die Wirkung des Sonnenlichtes auf den Hautsinn zu prüfen, wurden die Wärmestrahlen des Sonnenlichtes durch eine wassergefüllte Glaskammer ($5 \times 5 \times 2$ cm) geleitet und dann durch eine Konvexlinse mit einem Fokus von etwa 5 cm konzentriert. Wenn die Haut einem solchen kondensierten Sonnenlicht von 400—800 $\mu\mu$ ausgesetzt wird, so stellt sich eine unangenehme Hitzeempfindung ein, die von dem Pigmentgehalt der Haut abhängig ist. So werden z. B. Vitiligostellen wie bei Vitiligo idiopathica und bei Leucopathia reticularis entschieden langsamer als normale Haut gereizt, während ein Naevus pigmentosus viel rascher gereizt wird. Wenn die Vitiligostelle auf Licht mit diesem besonderen Sinn reagiert, so heilt sie verhältnismäßig gut auf Ultraviolettbestrahlung. Wenn sie aber nicht in dieser Weise reagiert, so ist sie schwer zu heilen. Bei diesen Versuchen war die Wärmewirkung des Sonnenlichtes allerdings nicht absolut auszuschalten; die Reizwirkung wird jedoch in der Hauptsache von den Lichtstrahlen hervorgerufen.

A Contribution to the Histological Study of Fine Nerve Fibres in the Male Genital Organs (Beitrag zum histologischen Studium der feinen Nervenfasern in den männlichen Genitalorganen), von S. Tamura, Derm.-urol. Abt. des Kyoto Medical College. S. 448. Untersuchung der feinen Nervenfasern der Hoden, Nebenhoden, Prostata und Samenblasen von Mensch, Katze, Ratte, Kaninchen, Schildkröte und Taube mit der am pathologischen Institut in Kyoto ausgearbeiteten Imprägnierungsmethode. Verf. konnte in Übereinstimmung mit Sclavunos im Hoden und Nebenhoden neben den vasomotorischen Nerven besondere Nervenfasern mit knotenförmigen Anschwellungen am Ende feststellen. Im Gegensatz zu der Behauptung von Sclavunos erreichen diese Nervenfasern jedoch nicht das Epithel der Hoden und Nebenhoden. In der Prostata konnte Verf. die von Timofeew bei Katzen und Hunden gefundenen Endorgane nicht finden; beim Menschen jedoch waren knotenförmige Nervenendigungen nachzuweisen. In der Samenblase erhebt Verf. einige noch nicht angegebene Befunde. (54 Mikrophotogramme).

Ein Fall von Muskelgumma, von B. Tashiro, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 463. Der Fall betrifft einen 34jähr. Mann, Schanker vor 23 Jahren. Pat. zeigt in der linken Wangengegend eine flach erhabene hühnereigroße, im Kaumuskel liegende Anschwellung

Digitized by Google

mit deutlicher Fluktuation ohne Verwachsung mit der Haut. Außerdem finden sich mehrere Knochenauftreibungen an der Klavikula und Skapula. WR im Blut ++++. Schon nach kurzer antiluetischer Behandlung trat eine deutliche Reduktion der Anschwellung ein. Histologisch findet man einen scharf zirkumskripten Herd im Kaumuskel, welcher mit Lymphozyten, Leukozyten, Plasmazellen und Bindegewebszellen infiltriert ist und in seiner Umgebung gewuchertes Bindegewebe aufweist. (Abbildungen.)

A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Dermatologia (ungarisch)

1928, Bd. 2, Nr. 7

Kosmetik und Psyche, von E. Saalfeld-Berlin. S. 217. Ein kosmetisches Leiden kann Ursache für psychische Veränderungen des betroffenen Pat. sein. Bei derartigen Personen zeigt sich eine Monomanie, die sich auf die kosmetischen Veränderungen bezieht. Im Vordergrunde solcher Krankheitserscheinungen stehen die Störungen des Haarwachstums, Alopezie, Hypertrichosis, Runzeln der Gesichtshaut, Hyperhidrosis, Veränderungen an den Nägeln usw. Aufgabe des Arztes ist in solchen Fällen neben der medikamentösen oder physikalischen Therapie psychisch auf die Pat. einzuwirken: Berücksichtigung des Gesamtzustandes, sorgfältiges Eingehen auf die Angaben des Pat., sich dessen Vertrauen erwerben und dann günstig auf seinen Seelenzustand einwirken. Der Kosmetiker muß — abgesehen von der Kenntnis des Zusammenhanges zwischen kosmetischen und inneren Leiden — ein guter Psychologe sein, der auf das Seelenleben seiner Pat. einzuwirken versteht.

Besprechung der Gewebezüchtung, von A. Juhász-Schäffer-Modena. S. 220. Fortbildungsvortrag.

Über eine neue Behandlung des Lupus, von P. Jobst-Pécs. S. 234. Verf. kombinierte die Salvarsantherapie des Lupus nach S. Beck mit Bestrahlungen der kranken Herde mit der Kromayerschen Quarzlampe und gibt die Krankengeschichte von sechs Fällen, die eine auffallend schnelle Besserung bzw. Heilung erkennen ließen. Man erhält nach vorheriger Neosalvarsaninjektion auf dem lupösen Gebiete eine viel kräftigere Reaktion auf die Bestrahlung als an den symmetrischen gesunden Stellen derselben Kranken. Die Versuche ergaben, daß die Reaktion desto intensiver ist, je ausgesprochener die Ehrlich-Bertheimprobe auf Neosalvarsan im Blute gelingt. 3—5 Stunden nach der Neosalvarsaninjektion kann man mit der Kromayerlampe in demselben Zeitraum schon Blasenbildung erhalten, in welchem vor der Salvarsaninjektion nur eine Hyperämie mit seröser Infiltration sich zeigte.

K. v. Berde-Szeged.

Mitteilungen aus der Literatur

Tuberkulose

Bedeutung der Tuberkulinanergie bei malignem Lymphogranulom, von P. Bastai. (Kl. W., 1928, Nr. 34, S. 1606.) Unter 24 sicheren Fällen von Lymphogranulomatose hat Verf. 22mal einen negativen und nur 2mal einen schwach positiven Ausfall der Tuberkulinreaktion feststellen können. Ausnahmsweise kann die Reaktion positiv werden bei Pat. nach einer Röntgenbehandlung und bei dadurch bedingter Remission. Es handelt sich seines Erachtens hierbei um eine Anergie, die von der Krankheit abhängig ist, wie sie auch sonst z. B. bei Masern oder anderen Infektionskrankheiten beobachtet wird. Auch für differentialdiagnostisch wichtig hält er dieses Symptom zur klinischen Unterscheidung von tuberkulösen Lymphomen, wenngleich es kein unbedingt zuverlässiges Symptom in diesen Fällen ist. Auch gegenüber Lymphosarkomen und anderen Lymphomen ist der Ausfall der Tuberkulinreaktion zu verwerten; doch muß zur sicheren Klärung eine histologische Untersuchung gleichfalls vorgenommen werden.

E. Langer-Berlin.

Über das Paltauf-Sternbergsche Lymphogranulom mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen des Verdauungsschlauches und solcher an der Leberpforte mit und ohne Gelbsucht. Zugleich ein Beitrag über lymphogranulomatöse Gefäßveränderungen, von C. Cornini-Wien. (Beitr. z. path. Anat., 1928.

Digitized by Google

Bd. 80, H. 2, S. 405.) An den Lymphkapillaren und den Blutkapillaren des Lymphogranuloms sieht man die Umwandlung der Endothelien zu Granulomzellen und nachfolgender Ausbildung von Granulomen innerhalb der Gefäßlichtung, vor allem in der Leber, ohne Vaskularisation dieser Knötchen. An den größeren Lymphgefäßen beobachtet man die Einschwemmung von Granulomzellen und subendotheliale Zellanhäufungen mit gleichzeitiger Endothelwucherung und Einengung des Lumens. An den kleineren Venen besteht eine obliterierende Endophlebitis mit Einwachsen des Granulationsgewebes von außen her und gleichzeitiger Wucherung des Endothels mit Bildung spezifischer Granulomzellen. In den Trabekelvenen der Milz und des Pankreas und in den Nebennierenvenen finden sich Intimagranulome; die großen Venen zeigen Einbrüche nach Art eines Tumors und eine Proliferation der Intima. Die kleinen Arterien zeigen spezifische adventitielle Granulomzellbildung, die größeren Arterien eine Granulationsgewebsneubildung in der Adventitia, die mittleren Arterien Einbrüche von außen her und obliterierende Endarteriitis und die großen Arterien eine Arrosion der Adventitia. Die Zellveränderungen äußern sich in deutlichen Veränderungen des Kernes und Protoplasmas; ersterer schwillt bläschenförmig ein, beherbergt ein unregelmäßig über den ganzen Kern verteiltes feinstes Chromatinnetz und ein großes, seltener zwei und auch mehrere kleine Kernkörperchen. In den frühen Entwicklungsstadien des Lymphogranuloms deuten dunkle chromatinreiche Kerne nicht auf degenerative Veränderungen, sondern auf Vorstufen mitotischer Teilungen in Form von Ballungen des Chromatins und kleiner rundlicher, im Protoplasma verstreuter Gebilde und langer schleifenförmig gekrümmter Stäbchen. Diese großen einkernigen Zellen sind unabhängig von der Lymphozytenvermehrung, dem Auftreten von Plasmazellen, Eosinophilen und Sternbergschen Riesenzellen.

F. Winkler-Wien.

Tuberkulose und Lues. Meinickes Trübungsreaktion — die geeignete Reaktion zur systematischen Verwendung in Heilstätten, von Th. Filter-Nieder-Schreiberhau. (Zschr. f. Tbc., 1928, Bd. 51, H. 6, S. 473.) Über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Lues finden sich in der Literatur große Meinungsverschiedenheiten. Verf. ist der Ansicht, daß die Lues im allgemeinen die Empfänglichkeit für eine Erkrankung an Tuberkulose steigert und eine vorhandene Tuberkulose verschlimmert, besonders dann, wenn eine frische Lues zu einer fortschreitenden Tuberkulose hinzutritt. Der die Prognose der tuberkulösen Erkrankung trübende Einfluß der Syphilis ist von der Körperkonstitution, den jeweilig vorhandenen Immunitätszuständen und der anatomischen Form der Tuberkulose abhängig. Eine einheitliche Form der Tuberkulose bei Mischinfektion mit Lues konnte nicht festgestellt werden. Was die Diagnose der Lungenlues betrifft, so werden von den meisten Autoren dichte Schatten besonders in der Gegend des rechten Mittellappens, das Fehlen von Kavernen und das Freisein der Spitzen als ziemlich charakteristisch angesehen. Bemerkenswert ist die Angabe Schröders, daß Tuberkulinproben differentialdiagnostisch nicht zu verwerten sind, weil sie auch bei der Lues positiv ausfallen und insbesondere die Doppelinfektion von Lues und Tuberkulose sehr starke Kutanreaktionen gibt. Als einfaches Mittel, um zuverlässig den Zusammenhang von Lues und Tuberkulose und ihre gegenseitigen Beziehungen zu erkennen, wird die systematische Anwendung der Meinickeschen Trübungsreaktion empfohlen, deren Ergebnisse und Ausführung mitgeteilt werden.

S. Bergel-Berlin.

Syphilis

Pathologie und Klinik

Syphilis of the Heart (Syphilis am Herzen), von I. Harris. (Brit. m. J., 1928, Nr. 3515, S. 840.) Im Heart Hospital zu Liverpool konstatierte H., daß bei etwa 9% aller Herzkranken Syphilis als ätiologisches Moment anzunehmen ist. Da Pat. mit florider Syphilis selten oder nie in Spezialinstituten für Herzkranke sich einfinden, so ist zu folgern, daß Herzlues sehr viel häufiger vorkommt, als im allgemeinen (Lehrbücher von Romberg und von Mackenzie) angegeben wird. Die WR ist nicht als ein absolutes Kriterium, wohl aber als ein sehr wertvolles Hilfsmittel zur Diagnose anzusehen. Auch gibt es keine pathognomonischen klinischen Symptome, sondern nur solche von relativer Bedeutung. Eine sehr wichtige Erscheinung ist aber die, daß durch das Elektrokardiogramm sehr viel häufiger und frühzeitiger eine Entartung der Muskulatur nachzuweisen ist als bei rheumatischen Herzaffektionen. Von 88 als syphilitisch diagnostizierten Herzkranken wiesen 79 Entartung auf, während von der gleichen Anzahl rheuma-

Digitized by Google

tisch Erkrankter nur 46, und zwar im späteren Stadium befindliche, eine Muskelaffektion erkennen ließen. Bei dem Elektrokardiogramm ist das Vorhandensein einer kleinen Wellenlinie über dem ganzen Gebiet besonders charakteristisch. Mit ziemlich großer Sicherheit kann man schon eine luetische Aortitis und vielleicht auch Myokarditis annehmen, wenn bei anamnestisch oder serodiagnostisch positiven Ergebnissen eine Akzentuation des II. Aortentones ohne gleichzeitige Steigerung des Blutdruckes besteht. Die Mitralklappe scheint weniger oft affiziert zu sein, doch hat H. golegentlich auch solche Fälle gesehen. Über Schmerzen in der Herzgegend klagten etwa 70% der Pat., aber es waren die Beschwerden niemals so intensiv wie bei der eigentlichen Angina pectoris. Die therapeutischen Resultate waren bei angemessener syphilitischer Behandlung oft überraschend günstig, wenn auch gelegentlich sich manche Fälle als refraktär erwiesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis und Schwangerschaft, von H. Katz. (W. kl. W., 1928, Nr. 33, S. 1192.) Die Arbeit — als Fortbildungsvortrag gehalten — gibt ein ausführliches und klares Bild der herrschenden Anschauungen über die Behandlung syphilitischer Mütter und Neugeborener. Verf. weist auf die Gefahren des Salvarsans bei Schwangeren hin; er erwähnt von der Pehamschen Klinik die Feststellung, daß bei unbehandelten Müttern rund die Hälfte aller Schwangerschaften mit Totgeburt oder Spätabort endet; bei mangelhaft behandelten Frauen kommen nur 21% der Kinder ohne Lueszeichen auf die Welt. Bei neugeborenen syphilitischen Kindern empfiehlt er Spirozid, Kalomel, Salvarsan (besonders als Myosalvarsan), Bismogenol. Verf. glaubt durch möglichst früh einsetzende Behandlung auch die Zahl schwachsinniger und blödsinniger Kinder mit Lues cong. weitgehend herunterdrücken zu können. M. Cohn-Dresden.

Réactivation de syphilis apparemment éteinte par union consanguine de syphilitiques héréditaires (Reaktivierung einer anscheinend erloschenen Syphilis durch Vereinigung blutsverwandter Kongenitalsyphilitischer), von H. Paucot. (J. de méd. de Paris. 1928, Nr. 33, S. 655—656.) Aus einer Ehe, in der, wie Aborte, Totgeburten, früh verstorbene Kinder zeigen, Syphilis bestanden hatte, waren schließlich 5 lebend gebliebene Töchter hervorgegangen. Von diesen hatten nur 2 in der Ehe Aborte und Totgeburten; außerdem hatten sie, ebenso wie die übrigen Geschwister, lebende und am Leben gebliebene Kinder. Diese 18 Kinder der zweiten Generation waren, soweit sie untersucht werden konnten, ganz gesund; nur 2 zeigten kaum merkbare dystrophische Störungen. Auch aus Ehen von ihnen mit nicht blutsverwandten Personen gingen gesunde Kinder hervor; die Syphilis erlosch also, obwohl keine Behandlung stattgefunden hatte, mehr und mehr. Hingegen entsprangen den Ehen zweier Männer dieser Generation mit zwei zu ihr gehörigen Mädchen 3 Kinder, deren kongenitale Syphilis unzweifelhaft war. Die Vereinigung der blutsverwandten Kongenitalsyphilitischen ließ also die Syphilis wieder stärker hervortreten. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. Leopold Arzt in Wien hat die Redaktion der Wiener klinischen Wochenschrift übernommen.

Die Moskauer Venerologisch-Dermatologische Gesellschaft hat Prof. Mulzer-Hamburg zum Ehrenmitglied, Prof. Delbanco-Hamburg zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

Ernannt zu Fachärzten für Urologie: Prof. Rudolf Paschkis im Franz-Josefspital und Priv.-Doz. Dr. Theodor Hryntschak im Wilhelminenspital in Wien. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig, Johannisplatz 1. Für den Referatenteil: Dr. Fritz Callomon, Dessau

Digitized by Google

Sachverzeichnis

* bedeutet Originalarbeit

Abszesse, kalte, durch Staphylokokken, Milian 1593.
Acanthosis nigricans, Artom 1481.
— — Beron 1684.
— — Karrenberg 1249, 1877.
*— — Polak 941.
— — Sidney Thomson 1464.
Achorion Schönleini, Wilenczyk 1227.
*Achselhöhlenhaut, histologische Untersuchungen, Karrenberg 1275.
Acne durch „Blak", Heifitz 1044.
— — Jodsalze, Shelmire 1513.
— necrotica, ausgedehnte Lokalisation, de Costa 1167.
— vulgaris, Röntgenbehandlung, Michael 1306.
— — Strahlenbehandlung, Kuznitzky 1224.
Acnitis, Louste u. Thibaut 1475.
Acrodermatitis atrophicans, Buschke 1843.
— — Hahn 1875.
— — Karrenberg 1249, 1876.
— — Rosenthal 1034.
— — der Beine, Delbanco 1872.
— continua, Arndt 1036.
— mit sklerodermieartigen Veränderungen, Matras 1459.
Adenoide Einlagerungen der Gesichtshaut, Königstein 1459.
Adenokarzinom der Schweißdrüsen, Davies 1464.
Adenoma sebaceum, Arndt 1842.
— — Brain 1464.
— — Flarer 1483.
Adiplatin in der Salbentherapie, Lamprecht 1513.
Adipositas dolorosa, Graham Little 1464.
Ätzmittel, Wirkung auf die Haut, Müller 1512.
Agglutination, Beziehungen des Sympathikus, Bogendörfer 1605.
Akarusepidemie durch Pferdebohnen, Della Valle 1223.
*Akridinfarbstoffe, experimentelle Untersuchungen, Gasper 1390.
Aktinomykose, Feit 1304.
— Intrakutanreaktion, de Area Leao 1526.
Aktinomyzespilz, Radiumsensibilität, Ingber 1134.
Alkalireserve im Blut bei Hautleiden, Bertaccini 1038.
Allergene, Natur der, Loeb 1509.
Allergenfreie Kammern, Aron 1825.
Allergie, Anaphylaxie und Idiosynkrasie in der Dermatologie, Bloch 1509.
— nasale, Eyermann 1824.
— und Strophulus, Karplus 1017.
— zur Lehre, Grintschar 1648.
Allergische Allgemeinerkrankung, Karrenberg 1250.
— Hauterkrankungen, Haren 1776.
Alopecia areata, Buschke 1033, 1036.
— — Tamuka 1652.
— — Tamura u. Kaneda 1651.
— — Uhlmann 1201.
— — Ätiologie, Koslowa 1201.
— — und Gemütserregung, Pusey 1308.
— — Thyreoidbehandlung, Gordon 1304.
— totalis nach Typhus, Spitzer 1452.
Alopezie, atrophisierende, Bertaccini 1221.
— beim Kaninchen durch Thyreoideaextrakt, Sainton u. Véran 1623.
— Höhensonne gegen, Leiter 1201.
Alkalireserve bei Hautleiden, Bertaccini 1719.
— der Haut, Meineri 1719.
Altersbekämpfung, biologische, Klein 1014.
*Ameisensäure bei Dermatosen, Spiethoff 1355.
Amyloid der Haut, Gutmann 1169.
Anästhesierung mittels Ionisation mit Carbaïn, Zimmern, Nicolleau u. Arvanitakis 1516.
Anaphylaktische Reaktion, Sitz, Ehmer u. Hammer 1510.
Anetodermia erythematosa, Benjamowitsch u. Maschkilleison 1040, 1253.

Digitized by Google

Anetodermia erythematosa maculosa, Frühstadium, Goldschlag 1747.
Angiokeratoma, Kren 1810.
*— Ätiologie, Golschmid 1937.
— Weichteilschrumpfungen, Wiese 1876.
Angiokeratome und keratotische Angiome, Bettmann 1165.
Angiolupoid, Delbanco 1872.
— Wohlstein 1946.
Angioma cavernosum, Urbach 1458.
Angiome, Behandlung, Schmidt 1135.
— elektrophysikalische Behandlung, Hoffmann 1171.
—, Radiumbehandlung der, Strauss 1135.
Angioneurosen, Urtikaria, hämorrhagische Erkrankungen, Erythema multiforme und nodosum, Hammer, Hirschfeld, Mras, Mucha u. Török 1094.
*Ansprache, Mulzer 1855.
Antikörper im Kaninchenliquor, Illert 1015.
Antivirus nach Besredka, Louros u. Gaessler 1015.
Antivirustherapie bei Zwischenfällen, Arzt 1303.
Aphrodisiaka, Loewe 1008.
Aphthenkrankheit, Behandlung, Baasch 1661.
Aplasia cutis congenita, Kovàcs 1171.
— — des Gesichts, Delbanco 1872.
Argyrosis cutis universalis, Rollin 1876.
Arsenerythem, Fuhs 1813.
Arsenkeratose, Fischer 1035.
— Fuhs 1813.
Arsonvalströme, Wirkung auf die Haut, Schimanko u. Bermann 1847.
Arthritiden, gonorrhoische, Behandlung mit humanisiertem Immunserum, Popoff 1685.
Arzneimittel, Synthese der organischen, Waser 1953.
*Aspergillose, experimentelle, Nanta 1635.
*Aspergillusmykose, epidermidale, Keller 1831.
Ästhetische Chirurgie und Dermatologie, Noël 1453.
Asthma bei Kindern, Murray Peshkin 1852.
Atherom, neue Operationsmethode, Fischer 1525.
Atherome des behaarten Kopfes, Abtragung, Michon 1525.
Atrophia chronica mit Knoten und Strängen, Unna jr. 1879.
Atropinüberempfindlichkeit, Biberstein 1252.
— Mayer 1253.
Aulinogen-Vaseline, Massmann 1142.
Azidosis und Hautleiden, Artom 1719.
Azoospermie, Anastomosenoperationen, Richard 1786.
Azotämie bei Hautkrankheiten, Brodsky u. Tulbermann 1512.
Bäckerekzem, Karrenberg 1250.
Bakterien, Einfluß von Metallsalzen auf die Entwicklung, Andresen 1508.
— in Kantharidenblasen und Blutegeln, Leiner 1014.
— — — — — Rösler 1015.
— und Protozoen, Grenzgebiete, Enderlein 961.
Bakteriologie, für die Dermatologie wichtige Fragen, Chiari 1605.
Balanoposthitis, Pathogenese, Cirillo 1482.
Barthaare, eingewachsene, Weninger 1951.
Basaliom, adamantinoide Entwicklung, Giuffrida 1485.
Basaliome, multiple, Keining 1247.
Basalzellenepitheliom, Arndt 1034.
— Buschke 1036.
— Gottron 1033.
— Wertheim 1810.
— der Schläfe, Arndt 1842.
— Röntgentiefenbehandlung, Flecker 959.
Baumwollspinnerkrebs, Buschke u. Curth 1173.
— und Mineralöle, Twort u. Ing 1523.
BCG, Antituberkuloseimpfung, Rouèche 1726.
— Bedeutung der Tuberkulinreaktionen, Lignières 1728.
— gegen Tuberkulose, Calmette 1602.
— — — Weill-Hallé 1602.
— Immunisierungsversuche mit, Chiari, Nobel u. Solé 1727.
— Impfung der Neugeborenen in Rumänien, Cantacuzène u. Mihaiesti 1601.
— — mit, Taillens 1256.
— pathogen für den Menschen, Lignières 1727.
— pathogene Eigenschaften, Lignières 1601.
— Prophylaxe bei Rindern, Guérin 1601.
— Schutzimpfung mit, Gerlach 1727.
— — — Kraus 1727.
— Schutz jugendlicher Personen, Parisot u. Saleur 1601.
— Stamm, Apathogenität, Kraus 1531.
— Sterblichkeit der behandelten Meerschweinchen, Remlinger u. Bailly 1727.
— Untersuchungen an Rindern, Lange u. Lydtin 1726.
— vergebliche Reinokulationsversuche, Leuret u. Caussimon 1532.
— Wirkung wiederholter Tuberkulineinspritzungen nach, Nasta u. Catzap 1531.
— zu Calmettes Vortrag, Nobel 1532.
Behaarung, klimakterische, Rosenhagen 1200.
Berlockdermatitis, Bonnet 1828.
*Berloque-Krankheit, Zurhelle 1895.
Bilharzia der Blase, Khalil 1501.

Digitized by Google

Bilharziosis, Schistosoma haematobium, Brumpt u. Werblunsky 1004.
Blastomykose, Tarchini u. Mastrocola 1721.
— der Haut, Grshebin 1589.
— — Kaninchen, experimentelle, Chatenewer 1649.
— interdigitale, Radaeli 1721.
— tödlich verlaufener Fall, Smith, Turner u. Sanderson 1846.
*Blastomykosen (Buschke-Busse), Richter 931.
Blastomykotische Dermatitis, da Fonseca u. de Area Leao 1227.
Bleipräparate, toxikologische Untersuchungen, Lombardo 1722.
Blutgefäße der Haut und ihr Verhalten gegen Reize, Lewis 1095.
— Erkrankungen der peripherischen, Goldscheider 1136.
Blutgruppen bei Hautkranken, Nardelli 1721.
— — — Narducci 1721.
Blutung im frühen Alter, atypische, Buckman 1137.
Blutzellen, weiße, bei Dermatosen, Steiger-Kasal 1254.
Bontemps, Bruck 1245.
Bowen-Erkrankung, Wesen der, Kreibich 1063.
Bowensche Dermatose, Crosti 1722.
— Erkrankung, Unna jun. u. Delbanco 1195.
— Krankheit mit multiplen Metastasen, Postma u. Insinger 1591.
Brocqsche Hautreaktionen, Tarantelli 1487.
Bromausschlag am harten Gaumen, Dillingham u. Mac Cafferty 1513.
Bromexanthem, Löhe 1843.
Bronzediabetes und Blei, Rosenberg 1045.
Bubonen, klimatische, Intrakutanreaktion, Fischer 970.
Buchweizenfütterung, Sensibilisierung, Schlotthauer, Caylor u. Sheard 1046.
*Buschke gewidmet, Fischer u. Langer 1343.

Calmettesche Impfung, Stellungnahme zur, Pirquet 1532.
*Calorilux, Strauss 1050.
Capillarmikroskopische Untersuchungen, Rieder 1136.
Charcot-Leydensche Kristalle in den Geschlechtsorganen bei Frauen, Segal 1648.
Cheiropompholyx, Behandlung, Prochnik 1851.
Chemie der Hautoberfläche, physikalische, Schade u. Marchionini 1255.
Chininidiosynkrasie, Riehl-jun. 1813.
Cholesterinurie, Sokolow 1306.
Chondrodermatitis der Helix, Davis 1952.
Chorionepitheliom, zwei Fälle, Jeanneret 1551.
Chromoblastomykose, Buschke u. Joseph 1034.
*— — — 1047.
Chromsäuregeschwüre, v. Tempsky 1045.
Chromulzera, Blair 1558.
Chrysarobin, Sakurai 1652.
*Chylozele und Peri-Orchitis durch Filaria Bancrofti, Vogel 1870.
Colpitis ex coitu condomato, Niedermeyer 1503.
Condylomata acuminata, atypische, Israel 1217.
Cornu cutaneum, Histogenese, Jakubson 1649.
Creeping Disease, Betrachtungen über, Photinos 1592.
— — durch Larven von Cochenille, Casazza 1721.
— — in Italien, Garibaldi 1491.
— — Ursache, White u. Dove 1526.
Cutis marmorata pigmentosa, Halban 1297.
— striata, subokzipitale, Weber 1093.
— verticis gyrata, Haak 1878.
— — — Naumann 1253.
— — — et Cutis gyrata palmarum, Rollin 1876.
Cyanose, supramalleoläre, Delater u. Hugel 1467.
Cystitisbehandlung mit Antivirus-Besredka, Fränkel 1003.

Dariersche Dermatose, Blüth 1880, 1881.
— — Graham Little 1094.
Dauerkatheter, Methode zur Befestigung, Rosenburg 1548.
Defibrinationszeit, Verkürzung, Peininger 1512.
*Dematiaceae bei oberflächlichen Hautaffektionen, Joseph 1396.
Depigmentierung der Linea alba, Heller 1843.
Dermatitis atrophicans, Morbus Raynaud und Sklerodaktylie, Ätiologie, Wersilowa 1648.
— exfoliativa adultorum, Gluchowzew 1649.
— — des Neugeborenen, Cailliau u. Walter 1001.
— exfoliierende, mit Pigmentierung, O'Donovan 1590.
— fixata nach Bijochinol, Silbermann u. Smelow 1039.
— herpetiformis, Graham Little 1093.
— — Pigmentflecken im Munde, Huet, Horowitz u. Lotte 1000.
— papillaris capillitii, Oppenheim 1453.
— praecancerosa, Pozzo 1722.

Digitized by Google

Dermatologe, Ausbildung, Cole 1089.
Dermatologie, Darier 961.
— aktuelle Fragen, Ritter 1748.
— Ausbildung, Stokes 1090.
— 1928, Milian u. Brodier 1012.
— biologisch-chemische Forschungsrichtung, Urbach 1825.
— Farben in der, Riehl 1823.
— im Wandel der Zeiten, Kumer 1823.
— in Amerika, Gans 1587.
— Wechselspiel der Krankheiten, Brocq 1127.
Dermatologisches aus Nordchina, Keim 1307.
— Übersichtsreferat, Mayr 1012.
*Dermatomykose, experimentelle, hämatogene, Fried u. Segal 1426.
Dermatomykosen, hämatogene, Kogoj 1065.
— — Smolka 1252.
*Dermatomyome, zur Kenntnis, Bruhns 1344.
Dermatophyten der ungarischen Tiefebene, v. Berde u. v. Szentkirályi 1066.
Dermatophytosis, Weidman 1202.
— der Extremitäten mit obliterierender Endarteriitis, White 1525.
Dermatose, ovarielle, Ferrari 1479.
Dermatosen, bullöse und Lumbalpunktion, Sainz de Aja 1131.
— psychogene, Sack 1064.
Dermatosyphilidologie, Unterricht, Wile 1089.
Dermographismus, schwarzer, Jurjew, 1138.
Dermosalvan, Balassa 1133.
Desensibilisierungstherapie in der Dermatologie, Lauda 1512.
Diabetes und Harnchirurgie, Chiofalo 1067.
Diagnose, Fall zur, Kerl 1301.
Diathermie, Einführung in die, Henseler u. Fritsch 1697.
— in der Dermatologie, Eller u. Amshel 1632.
— — — — MacKee u. Eller 1632.
— — — Urologie, Egyedi 1500.
— wie wirkt?, Roucavrol 1463.
Diathermo-Koagulator-Bohrer Masotti, Masotti 1221.
Diaz, Pionier der Urologie, Allemann 959.
Diphtherie der Haut, Nowotelnowa 1647.
— des Penis, Prinzing 1547.
— — Skrotalinhalts, Martin 1549.
— Ulcera cutanea, Mrongovius 1970.
Diphtheriebazillen, Bedeutung für das weibliche Genitale, Küstner 1142.
Drüsenentzündungen, örtliche Hämatotherapie bei, Gomez 1690.
Duhringsche Krankheit, Dufour u. LeHello 1659.
*Dunkelfeldbeleuchtung, neuere Mikroskopierlampen für, Oelze 1022.
*Dunkelfeld- und Helldunkelfeldkondensoren, neuere, Oelze 1639.
Dysfunctio pluriglandularis dolorosa, Edelmann 1144.
Dyshidrosis durch antiluetische Behandlung geheilt, Milian 1594.
— — Streptokokkeninfektion, Milian 1952.
— Epidermophytid, unter dem Bilde einer, Walthard 1196.
Dyskeratose, streifenförmige, Fuellenbaum 1462.
Dystrophia bullosa atrophicans, Pasini 1694.
— unguium canaliformis, Wucherpfennig 1946.

Eheberatung, Scheumann 1070.
Eheberatungsstellen, Reinhardt 1506.
Eierstocksarkom bei einem Kinde, Southam 1504.
Einschlußkrankheiten der Haut, Lipschütz 1656.
Ekzem, Behandlung mit grauem Öl, Bizard 1659.
— bei einem Diabetiker, Narducci 1480.
— des Säuglings, Lereboullet 1142.
— Doramad bei, Linser 1190.
— Gehalt der Luft an Blütenstaub und Beziehungen zu, Duke u. Durham 1519.
— intravenöse Injektion von Kochsalz, Waltscheff 1685.
— Kochsalzinjektionen, Senin 1142.
— parasitäres, Sabouraud 1519.
— Säuretherapie, Scheer 1519.
— seborrhoisches, Sainz de Aja 1629.
— und Leberinsuffizienz, Larat u. Siebenmann 1659.
— — Ovarialstörungen, Szegö 1521.
— — Urtikaria, Ätiologie, Paul 1589.
Elektrodesikkation in der Dermatologie, Archambault und Marin 1624.
Elefantiasis der Beine nach Erysipel, Rollin 1247.
— — männlichen Geschlechtsorgane, Strunnikow 1500.
— des Penis und Präputiums, Mannheim 1002.
— — Skrotums, Louste, Thibaut, Caillau u. René Cohen 1470.
— penis et scroti, Bruhns 1037.
Elektrisches Bügeleisen, tödlicher Unfall, Jellinek 1142.
Elektrizitätslehre, neuere Erfahrungen, Mann u. Kramer 1750.
Elektrokoagulation, Behandlung inoperabler Geschwülste, Keysser 1189.
— diathermische, Rost u. Keller 1197.
Elektrotherapie, Kraus 1134.
Endarteriitis obliterans, Gans 1169.
Endokrinopathie, pluriglanduläre Implantationen, Pende 1852.
Endothelioma tuberosum Spiegler, Kwitschin 1223.

Digitized by Google

Enthaarungsmittel „Eva-Creme", Hartung u. Schramm 1955.
Entzündung, Azetonkörper im entzündeten Gewebe, Bricker 1511.
Entzündungsbestrahlungen, Edelmann 1829.
Entzündung, Kohlenhydratstoffwechsel im Initialstadium, Bricker u. Suponizka 1510.
— Stickstoffwechsel, Bricker u. Lasaris 1511.
Enuresis, Calvin 1549.
Enzephalitis der Kaninchen, Pette 1658.
Eosinophile Zellen, Herxheimer 1170.
Eosinophilie, Anfallbereitschaft und, Uffenheimer 1509.
Epidermis, Bau und Verhornung, Patzelt 1507.
*— Versuche, die Vitalität der alternden zu heben, Kapp 1118.
Epidermodysplasia verruciformis und Papillomatosis pigmentosa papulosa et reticularis, Gougerot u. Carteaud 1469.
Epidermolysis bullosa, Gorsky 1039.
— — Longo 1485.
— — hereditaria, Keil 1881.
— — — Familiengeschichte, Weber 1558.
— — Schleimhäute bei, Tobias 1845.
Epidermophytie, Haack 1250.
— Epidemie, Photinos 1000.
— inguinale, Karrenberg 1253.
*Epidermophyton inguinale, atypische lokalisierte Hauterkrankungen durch, Matras 1959.
Epidermophytosis in Europa, Karrenberg 1090.
Epididymiszyste, Godard 1219.
Epididymitis, aszendierende, Richard 1784.
— postoperativer, Gefäßunterbindung zur Verhütung von, Colston 1502.
— tuberkulöse, Wildbolz 1600.
Epilationsgriff, neuer, Kende 1525.
Epispadieoperation, Danziger 1782.
Epitheliom an der Stirn, Waltscheff 1685.
— der Wangenschleimhaut, Fischer 1035.
— erythematoides benignes, Graham-Little 1777.
— sklerodermieartiges, Montgomery u. Culver 1845.
Epitheliome, Röntgenbehandlung, Fritsch 1687.
Erysipel, Delbanco 1248.
— Volk 1520.
— angiomatöse Läsion der Nase, Wallon 1474.
— Antitoxinbehandlung, Allan 1144.
— Behandlung, Kraus 1144.
— mit Streptokokkenbefund im Blut und Harn, Hoffmann 1852.
— neue Behandlung, Montel 1520.
— Serumbehandlung, Mc Cann 1852.
Erysipel, Sulf. jod. D 3 bei, Bumm 1143.
Erysipeloid und Schweinerotlauf, Dubreuilh 1472.
Erythem, Steigerung durch Schmierseife, v. Baeyer u. Dittmar 1046.
Erythema anulare centrifugum, Buchbinder 1251.
— — — Burnier 1000.
— — — Lilienstein 1248.
— Bazin, Riesen- und Zwergform, Gougerot u. Filliol 1592.
— centrifugum, Fessler 1453.
— chronicum migrans, Hübschmann 1465.
— elevatum diutinum, Templeton 1305.
— induratum, Buchbinder 1251.
— — Dshafarow 1647.
— — Temple 1452.
— — mit tuberkulösen Ulzera, Buchbinder 1250.
— infectiosum, 10 Fälle, Kissinger 1957.
— migrans, Freudenthal 1253.
— — chronicum, Photinos 1000.
— multiforme, Ullmann 1455.
*— — atypische Lokalisation, Burmeister 1713.
— — des Mundes, der Vagina und Konjunktiven, Fischer 1037.
— — oris, Kistjakowski 1139.
— — recidivans, Ullmann 1456.
*— nodosum migrans, Wohlstein 1150.
— — Monozytenangina mit, Löhe u. Rosenfeld 1190.
— — nach Tonsillitis, Markson 1140.
— perstans, Sézary, Gallerand u. Worms 1472.
— — faciei, Lilienstein 1248.
Erythraemie Vaguez, Hautveränderungen bei, Ssutejew 1969.
Erythrocyanosis crurum puellarum, einseitige, Weber 1590.
— puellarum, Bruhns 1037.
— symmetrica, Kistjakowskiy 1646.
Erythrodermia desquamativa Leiner, Hirschberg 1143.
— generalisata nach Sanokrysin, Lloret 1132.
— pityriasica lichenoides pigmentaria, Cattaneo 1722.
*Erythrodermie, exfoliative, Heilung von fünf Fällen, Unna jun. 1263.
— ichthyosiforme congénitale, Karrenberg 1867.
— generalisierte exfoliierende, Pautrier 1469.
Erythrozyanose der Unterschenkel, Nardelli 1038.
Erythrokeratodermia palmaris, Gougerot, Meyer u. Thiroloix 1477.
Erythromelalgie und Basedow, Sainton u. Véran 1633.

Digitized by Google

Erythromelalgie, nach Suizidversuch mit Gynergen, Nielsen 1514.
Erythromelie, Hudelo u. Rabut 1473.
— Louste, Juster u. Mouneyrat 1473.
— Pautrier 1622.
Erythrosis pigmentosa peribuccalis, Milian 1594.
Esophylaxie und neue Lichtforschung, Memmesheimer 1559.
Exantheme, akute infektiöse, Koch 1526.
Eugenik, praktische Auswertung, Peters 1820.
Eunuchoidismus, Falin 973.
— weiblicher, Steinitz 1007.
— zur Kenntnis, Stolzenberg 1546.

Favide und Leukoderm, Melik-Beck-Sultanow 1040.
Favus, Anatomie, Kolesnikow 1040.
*— beim Kanarienvogel, Fischer 1359.
— capillitii, Sektion, Tschumakow 1224.
— corporis, Damer 1040.
— unbehaarte Haut bei, Mgebrow 1950.
*— und Herpes tonsurans, Färbung der Pilze, Heidegger 1112.
Feuermal und einseitiger Hydrophthalmus, Kaiser 1522.
Fibrin, biologische Bedeutung für Hauterkrankungen, Bergel 1305.
Fibrosarkom, Senear, Andrews u. Willis 1304.
— Volk 1809.
Fingernägel, Behandlung gespaltener, Carter 1525.
Finsen-Lichtbehandlung, Lorenz 1097.
Finsentherapie, jetzige, Reyn 1097.
Fischidiosynkrasie, Grütz 1252.
Fischreinigerinnen, Dermatitis bei, Hodorow u. Schermann 1044.
Fissantherapie in der Dermatologie, Brann 1851.
Flimmerepithel, Wirkung tierischer Gifte auf, Ulmeda 1651.
Fluor, Behandlung des nichtgonorrhoischen, Bucara 1554.
— — — weiblichen, Mras 1554.
— — durch ein Heilbad unter Druck, Eichengrün 1781.
— — mit „Curandra", Dobbertin 1554.
Fluoreszenz in der Dermatologie, Goodman 957.
*Fokale Infektion, experimentelle Untersuchungen, Memmesheimer 1889.
Follikulitis suffodiens et abscedens, Hauck 1170.
*Formalindämpfe bei Urethritis, Abimelech 1716.
Formolreaktion bei Dermatosen, Mayr 1190.
Fox-Fordycesche Krankheit, Arndt 1034.
— — Delbanco 1871.
— — Konrad 1305.
Fox-Fordycesche Krankheit, Königstein 1453.
— — Louste, Lévy-Franckel u. Caillau 1470.
— — beginnende, Karrenberg 1250.
— — Schmidt 1254.
Framboësie, Manson-Bahr 958.
— Daktylitis, Hashiguchi 1650.
— im Hinterland Liberias, Maass 1660.
— tropische, Hermans 1848.
— und Syphilis, Stannus 958.
Frauenberufstätigkeit, Gschwendtner 1013.
Fremdkörpertumoren, Fuhs 1168.
— nach Kampferöl, Konrad 1812.
Frosch, Absorption von Fettsubstanzen, Hykes 1013.
Frostbeulenbehandlung, von Noorden 1518.
Frühreife und geistige Entwicklung, Gesell 1546.
Funktionelle Proben in der Dermatologie, Mgebrow u. Morcinis 1511.
Fusobacterium Plauti, Seguin 1631.

Gangrän der Glans im Kindesalter, Dassel 1500.
— des Genitales, Narducci 1220.
— durch Staphylokokken, Manganotti 1477.
— multiple neurotische, Chajes 1034.
— primäre, Bonnet 1850.
— Serum gegen, Bejarano 1130.
Gasarbeiter, Hautschädigung, Oppenheim 1191.
Gaumen, Träger von Krankheitszeichen, Neuda 1198.
Gefäßstörungen, pathologische Physiologie der peripheren, Villaret u. Justin 1516.
Geflügeltuberkulose, Urbach 1810.
*Gelbfärbung der Haut, eigenartige, Lipschütz 975.
Gelöse Erkrankung der Körperdecke, Hartmann 1017.
Genitaldystrophie, Kausalbehandlung, Mariotti 1546.
Genitalerkrankungen, nichtvenerische, Callomon 1308.
Genitalien, ulzeröse Prozesse, Stümpke 1092.
Genitalorgane, feine Nervenfasern in den männlichen, Tamura 1971.
Genitalsystem, Physiologie des männlichen. Oslund 1545.
Genitaltuberkulose, Röntgenbestrahlung bei. Palugyay 1501.
Geschlecht der Nachkommenschaft und Zeitpunkt der Kohabitation, Crew 974.
Geschlechtsdrüse, männliche, inkretorischer Einfluß auf Empfängnis und Schwangerschaft, Reiprich 1499.

Digitized by Google

Geschlechtskranke in Nürnberg, Voigt 1557.
— Soldaten, Behandlungszwang, Rittau 1556.
— zehn Jahre Beratungsstelle, Citron 1556.
Geschlechtskrankenabteilung der Stadt Mainz, Müller 1191.
Geschlechtskrankenstatistik, Hanauer 1556.
Geschlechtskrankheiten, Bedeutung der Wirtschaftsstruktur, Heller 1170.
— Behandlung, Hauck 1311.
— bei Gefangenen, Arakelow u. Petrosjantz 1041.
— — — Lewin 1040.
— eheliche, Schein-Vogel 1649.
— französische Liga zur Bekämpfung 1780.
— Gesetz, Brose 1012.
— — Galewsky 1012.
— — Hellwig 1011.
— — Hensel 1012.
— — Roeschmann 1012.
— — Solbrig 1012.
— — und Nachweis der Spirochaeta pallida, Oelze 1011.
— — und Tätigkeit der medizinischen Laboratorien, Lustig 1011.
— — zur Bekämpfung, Flesch 1716.
— — — — Hellwig 1555.
— — — — Leonhardt 1555.
— — — — Pinkus 1555.
— — — — Strempel 1305.
— — — — eine Lücke, Hellwig 1556.
— — — — Mitwirkung des Kinderarztes, Buschke u. Gumpert 1505.
— Gesetzgebung in Deutschland und Frankreich, Ichok 1554.
— — zur Bekämpfung der, Okun 1970.
— in Argentinien, Carrera 1627.
— — Charkower Nachtherbergen, Glasko, Siberowa u. Rudinsky 1821.
— — Schweden, Almkvist 960, 1821.
— — Sowjet-Rußland, Messis 1506.
— — der Ukraine, Fedorowsky 1821.
— individuelle Prophylaxe, Heymann 1010.
— Irrtümer in Erkennung, Wedekind u. Gutschmidt 1495.
— Kontrolle, Stokes 1555.
— Meldungen von Ansteckungsquellen vor Einführung, Steinke 1822.
— öffentliche Prophylaxe, Klauber 1010.
— soziale Bedeutung, Kerl 1505.
— in den Llanos, Coller 1946.
— Statistik, Schiwy 1557.
— und Alkoholismus der Eisenbahnangestellten, Efimow 1506.
— — Ehekonsens, v. Zumbusch 1010.
— unter Eisenbahnangestellten, Jasnitzki 1970.
Geschlechtskrankheiten unter jugendlichen Verbrechern, Lewin 1557.
— Unterlassung jeder Prophylaxe, Barthélemy 1476.
— Verhütung, Pinkus 1505.
— Vorbeugungsmittel, Ruge 1010.
— wie schützt man sich, Robin 1010.
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Aufgabe der Klinik, Kerl 1012.
— — — in Odessa, Mgebrow u. Choroschin 1557.
Geschlechtsleben der Jugend Odessas, Mortorow u. Kalsada 1556.
— der Zöglinge von Militärschulen, Unikel 1556.
Geschlechtstrieb, Fetscher 1227.
Gesichtsnarben, Behandlung, Eitner 1462.
Geschwülste, Ätiologie der bösartigen, Lewin 962.
— Behandlung mit Röntgenstrahlen nicht zu heilender, Halberstaedter u. Simons 1170.
— der Kopfhaut, zylinderförmige, Davies 1306.
— Problem der bösartigen, Heidenhain 1660.
— Strahlenbehandlung, Heimann 1818.
— verschiedenen Röntgenstrahlenmengen gegenüber, Biró 1198.
Geschwüre simuliert von einer Hysterischen, Cubero 1646.
Geschwulstbegriff, Abgrenzung, Seiler 1853.
Geschwulstforschung, Grundfragen der experimentellen, Löwenthal 1853.
Geschwulstgewebe, Strahlenempfindlichkeit, Sittenfield 1045.
Gewebe, retikulo-endotheliales, Hudelo u. Cailliau 1127.
Gewebskulturen, Juhász-Schäffer 1133.
Gewebszüchtung, Juhász-Schäffer 1972.
Gewerbedermatosen bei Spenglern, Urbach 1302, 1946.
Gewerbliche Hauterkrankungen durch Steinsalz, Thurber 1044.
Glossitis rhombica mediana, Habermann 1872.
— — — Zimmermann 1946.
Goldbehandlung der Hauttuberkulose, Lepra und Psoriasis, Jaja 1720.

Gonorrhoe

1. Allgemeines

Dynamik der Gonorrhoe, Halperin u. Epstein 1648.
— — — Grundmomente zur, Liebermann 1970.
Glashalter für die Dreigläserprobe, Tatum 1463.
Gesetzgebung zur Gonorrhoeprophylaxe, Stellung der, Frist 1556.

Digitized by Google

Gonorrhoe, anders als durch direkte Ansteckung übertragen, Cedercreutz 1128.
Homosexuelle Gonorrhoe, Belgodère 1477.
*Konstitutionelle Anomalie des Harnorgans für die Bedeutung der Gonorrhoe, Wenger 1159.

2. Ätiologie und Serologie der Gonorrhoe

Biologischer Nachweis der Gonokokkeninfektion, Lanteri 1482.
Gonokokken, bakteriophages Prinzip, Balozet u. Lepinay 1219.
— Dauerkulturen, Cohn 970.
— Einfluß der Röntgenstrahlen auf Reinkulturen, Cohn u. Levy-Dorn 1495.
Gonokokkenantigen im Urin, Lissovsky 1218.
Gonokokkenkulturen, Cohn 1034.
— Erhaltung, Giesezykiewicz 971.
Gonokokkus, Beitrag zum Studium, Aitoff 1757.
— Züchtung und Lebensdauer, Kadisch u. Ruan 1065.
Gonoreaktion von Rubinstein, Gelman 1623.
Gonorrhoe an Tieren mit abgeänderter Konstitution, Sternberg, Stschedrowitzky u. Rabinowitsch 1757.
— biologische Untersuchungen bei latenter, Graziadei 1222.
— des Weibes, Serodiagnose, Hotta u. Schwarz 1757.
Komplementbindung bei gonorrhoischen Erkrankungen, Woinow 1494.
Komplementbindungsreaktion mit aktivem Serum, Brühl 970.
Kugelkerne im Urethralsekret, Vercellino 1479.
Latente weibliche Gonorrhoe, Kulturdiagnose, Heine 1543.
Sekretentnahme bei weiblicher Gonorrhoe, Dietel 970.
Sekretentnehmer nach Guttmann, Lewinski 1543.
Serodiagnose der Gonorrhoe, Kunewälder 1494.
Spermakultur, Gory u. Jaubert 1495.
— bei Gonorrhoe, diagnostische Bedeutung, Elisarow u. Mitukewitsch 1495.
Weibliche Gonorrhoe, Diagnose durch Seidenfaden-Plattenkultur, Flessa 1543.
— — — mit Kulturverfahren, Konrad 1495.

3. Pathologie und Klinik der Gonorrhoe

Abszeß in der Perinealgegend, Colli 1221.
Amputatio penis, gonorrhoische Infektion bei, Mayr 1496.
Arthritis, Lokalisation der gonorrhoischen Arthritis, Mayr u. Bremer 1543.
Aszendierende Gonorrhoe oder Appendizitis, Niedermeyer 971.
Cavernitis, Buschke 1036.
Coxitis gonorrhoica, Langeron u. Delcour 971.
*Cowperitis gonorrhoica, Landt 1842.
*— — chronische, Sklarz 1380.
Epididymitis intrainguinalis, Motornow 1647.
Epispadie und Gonorrhoe, Furmanow 1039.
Erythrozytensenkungsreaktion bei der weiblichen Gonorrhoe, Greibo 1969.
Gelenkerkrankungen, Diagnostik und Therapie der gonorrhoischen, Loewenstein 1758.
— Gonorrhoe und Lues als Ursache, Schlesinger 1543.
Geschwür, serpiginöses, Sainz de Aja u. Ontañon 1628.
Gonorrhoe als Geburts-Wochenbettskomplikation, McIlroy 1461.
— des Mannes, Balog 1462.
— in einem Seitenkanälchen der Raphe penis, Ginella 1478.
— viszerale Manifestationen, Pratsicas 1757.
Hyperkeratosis, gonorrhoische, Langer 1878.
Kanal der Raphe penis, Gonokokkeninfektion, Tedeschi 1695.
Keratosen ohne Gonorrhoe, gonorrhoische, Buschke 1543.
Knaben, Urethritis gonorrhoica, Fränkel 1757.
Lymphangitis, gonorrhoische, Scudero 1478.
— penis, gonorrhoische, Pozzo 1478.
Nierenabszeß durch Gonorrhoe, Way 1496.
Orchitis gonorrhoica, Wurmser 1219.
Paraurethrale Gänge, Koschucharoff 1684.
Phlegmone des Handgelenks, Langer 1036.
Prostatitis acuta, Sacks 1040.
Rektalgonorrhoe, Gorash 958.
*Stauungspapille bei gonorrhoischer Augenerkrankung, Schindler 1297.
Uterus bicollis, bicornis cum vagina septa, einseitige Gonorrhoe, Dachschläger 1969.
Vulvo-Vaginitis bei Kindern, Lees 1496.

4. Therapie der Gonorrhoe

Abortivbehandlung der Gonorrhoea anterior, Catzeflis 1815.
— des Trippers, Carle 1589.
Akridin bei Gonorrhoe, Marcozzi 1490.
Akute Gonorrhoe, Behandlung unter Berücksichtigung psychischer Idiosynkrasien, Bussmann 1497.
Antigonokokkenvakzine mit Silikatzusatz, Chaignon 1037.
Argyrol, de Sard 1218.
— Tissot u. Thévenard 1219.

Digitized by Google

Autovakzine bei Gonorrhoe, Manca 1695.
Behandlung der Gonorrhoe und biologische Betrachtung 1949.
* **Behandlung** der Urethritis mit Formalindämpfen, Drobinski 1151.
— des Trippers des Gebärmutterhalskanals, Zieler 972.
Blennosan, Gutmann 972.
Chemotherapeutische Versuche bei Gonorrhoe, Jaja 1480.
Colargina, Piccardi 1222.
Epididymitis, Behandlung, Campbell 972.
— Milch-Proteineinspritzungen, Barnett 1688.
Gasdilatation nach Maisler, Bizard u. Maisler 1497.
Gebärmutterhalskanal, Heißluftbehandlung des Trippers, Geyer 1545.
Gebärmutter- und Adnexgonorrhoe, Heilung durch subkutane Injektion lebender Gonokokken, Loeser 1545.
Gelenkerkrankungen, Immunserum bei, Beron 1165.
Gonakrin, Gaviati 1694.
Gonakrine, bei gonorrhoischem Rheumatismus, Adelmann 1219.
Gonoflavin, Buschke 1544.
— intravenös, Buschke u. Loewenstein 972.
— Nagell u. Langhans 1497.
Gonoflavintherapie, intravenöse, Karrenberg 1758.
Gonokokkenvakzine, Herstellung der, Girauld 1594.
Gonorrhoe, Behandlung, Gumpert 1544.
— des Mannes, Therapie, Schwarz 1788.
Gonorrhoetherapie, Gumpert 1758.
— Loeser 1757.
— Perutz 1496.
— spezielle Fragen. Perutz 1544.
Harnröhren-Blasenspülungen, Technik, Boulanger 1758.
Impfmalaria, Spiethoff 973.
Kollargolinjektion, Todesfall nach, Linde 1970.
Komplikationen, Behandlung gonorrhoischer, Rubritius 1545.
Komplikationen der Gonorrhoe, Immunotherapie, Mkrtitschjanz u. Chasanoff 1544.
Männliche Gonorrhoe, Therapie, Stein 1497.
Malariabehandlung, Heuck 1197.
— Beyer 1497.
Methode von Maisler, Marceron 971.
Moorbehandlung der männlichen Gonorrhoe, Beirach 1649.
Neoreargon, Marcozzi 1479.
Prophylaxe, Zippert 971.
Sachssche Methode, Orlow 1040.
Schwangerschaftsbehandlung der Gonorrhoe, 1949.
Targesin, Mohrmann 1758.
— Stroscher 1194.
Transargan, Freudenthal 1497.
— Zeltner 971.
*— klinische Erfahrungen, Nitschke 1681.
— und Tiefenwirkung, Siebert 971.
Tripperrheumatismus, organische Arsenpräparate bei, J. D. 1497.
Trypaflavin, Mucci 1039.
— bei Tripper, Konrad 1462.
— — — Perantoni 1695.
Trypaflavin-Methylenblau bei Gonorrhoe, Jausion, Pecker u. Lenègre 1472.
Vorgeburtliche Gonorrhoebehandlung, Rorke 1461.
Vulvovaginitis infantum, Druckdauerspülapparat, Hübner u. Stolzenberg 1781.
— — Therapie, Fessler 1782.
*Weib, Behandlung der Gonorrhoe, Katz 1214.
Weibliche Gonorrhoe, Austupfen mit Merkurochrom und Flavin, Statham 1498.
— — Behandlung, Bucura 1781.
— — — Dóczy 1498.
— — — Lang 1781.

*Granulom, teleangiektatisches, Delbanco 1268.
Granuloma anulare, Buchbinder 1878.
— — Ravaut 1475.
— — Ruwinskij 1647.
— — Segrè 1720.
— — Selissky 1040.
— fungoides, Semon, H. C. 1590.
— inguinale, Cole, Miskjian u. Rauschkolb 1167.
— scroti, Frieboes 1168.
— vegetans, pseudotuberkulöses, Masia 1220.
Granulosis rubra nasi, Haak 1878.
— — — Habermann 1246.
Graviditätsveränderungen der Haut, Sidorow 1521.
*Greifswald, dermatologische Entdeckungen, Schönfeld 1961.
Grenzstrahlen, Uhlmann 1252.
— Dosierung, Kirsch 1100.
— — nach R-Einheiten, Klövekorn 1560.
— Dosimetrie mit Wintz-Rumpschem Photometer, Glasser u. Beasley 1100.
*— in der Dermatologie, Levy 1903.
— physikalische und klinische Grundlage, Glasser u. Portmann 1515.
Grenzstrahlentherapie ungefährlich, Bucky 1099,
— — Martenstein 1099.
Grundumsatz in der Dermatologie, Ciambelotti 1718.
— — — — Crosti 1718.
— — — — Falchi 1717.
— — — — Sparacio 1718.

Digitized by Google

Glomustumor, Lortat-Jacob u. Brosse 1472.
— neuro-myoarterieller, Lortat-Jacob u. Brosse 1470.
Glossitis, epidemische in Palästina, Katzenellenbogen 1062.
— und schwarze Haarzunge, Goldsmith 1590.
Glüheisen, Immunität durch, Bier 1043.

Haar, erbliche Dystrophie, Jacobsen 1200.
— Ursache von Neuralgien, Sofoteroff 1200.
Haarausfall am lateralen Anteil der Augenbraue, Neuda 1525.
— Mechanismus des, Lévy-Franckel u. Juster 1466.
— traumatischer, Moutier u. Legrain 1466.
— Trilysin gegen, Joseph 1200.
Haarpilzerkrankung, Röntgenbehandlung, Berenstein 1847.
Haarwachstum nach Röntgenbestrahlung, Ullmann 1455.
Haarwuchs, Cholesterinstoffwechsel, Jaffe 1200.
— — Linser u. Kähler 1201.
— Röntgenwirkung, Ullmann 1810.
Haarzunge, schwarze, Templeton 959.
Hämangiektatische Hypertrophie (Parkes Weber), Gray 1590.
Hämangiom der Haut, infiltrierend wachsendes, Töpfer 1516.
Hämorrhagie, familiäre, Minot 1137.
Hämorrhagisches Syndrom, Nagy 1516.
Hämorrhoiden, Alkoholinjektion bei, Eldering 1504.
Harn der Kinder, Leukozytengehalt, Friedman u. Mitchell 1007.
Harnblase, Bacillus exilis alcaligenes, Pane u. Cirillo 1218.
— Entfernung von Haarnadeln, Freudenberg 1066, 1217.
— Fremdkörper als Ursache von Konkrementbildung, Mc Fadzean 1501.
— häufige Infektionsweise, Kottmaier 1276.
— Malakoplakie, Kaïris 1004.
— seltene Fremdkörper, Takahashi 1066.
— Sphinktermuskel der Divertikel, Bohringer 1066.
— Thermokoagulation, Rosenburg 1783.
Harnblasendivertikel, Cassuto 1848.
Harnblasengeschwür, Hunnersches, Bumpus 1548.
Harnblasenkrebs, Radiumbehandlung, Morson 1784.
Harnblasenruptur, Schwarz 1216.
— durch Lithotripsie, Gottlieb 1306.
Harnblasen-Scheidenfistel, renaler Rückfluß, Chauvin 1219.
Harnblasenspülungen bei Phenol-Sulfon-Phthaleinbestimmung, Levy 960.
Harnblasensteine bei Kindern, Welfield 1686.
— beim Weibe, Majanz 1216.
— experimentelle Erzeugung von Avitaminose, Perlmann u. Weber 1549.
Harnblasen- und Nierensteinkrankheit in Dalmatien, Racié 1774.
Harnleiterkatheter, Aufbewahrung, Viethen 1217.
Harnleiter, Meatotomie, Robert Cowen 1463.
Harnleitersteine, Entfernung, Rothschild 1463.
Harnleiter- und Nierenverdoppelung, Thom 1306.
Harnleiterverengerungen, Legueu u. Fey 1625.
Harnleiter, zystische Dilatation, Cibert 1626.
Harnleiterzystoskop, Haebler 1216.
Harnorgane, Dynamik, Stefanesco 1218.
Harnröhre, äußere Behandlung von Strikturen, Weisz 1004.
— Behandlung, ultraviolette Strahlen bei, Bernay 1463.
— Divertikel der hinteren, Epstein 1626.
— Irrigationsröhre, Schulz 959.
— Konkremente in der, Pastley 1003.
*— Mißbildungen, Langer 1363.
— Resektion ohne Verweilkatheter, Frankenberg 1004.
— Röntgenogramme, Langer 1035.
Harnröhrenelektrode, Greenberger, A. u. Greenberger, M. 960.
Harnröhrenkarunkel, Diathermie bei, Kottmaier, J. u. E. 1276.
Harnröhrenmündung, neue Klemme, Tatum 959.
Harnröhrensteine, Siwon 1500.
Harnröhrenstriktur bei Scheidenkarzinom, Singer 1503.
— und Komplikationen, Edleman 1686.
*Harnröhren- und Blasenmißbildungen zur Diagnose, Langer 1921.
Harnstoffbelastung, Köhler 1217.
— als Nierenfunktionsprüfung, Köhler 1306.
Harntrakterkrankungen in chemischen Fabriken, Oppenheimer 1463.
Harnverhaltung, Sphinkterhypertrophie als Ursache, Suter 1783.
Harnwege, Behandlung der Erkrankungen, Casper 974.
— Leukoplakie der, Keane u. Denis 1848.
— Vasal als Antiseptikum der, Hofmann 1004.
Haut, Abwehrtätigkeit, Mariani 1722.
*— Alter und Geschlecht in der Biologie der, Jordan 1709.

Digitized by Google

Haut, Autolyse der, Monacelli 1723.
— Dysfunktion der, Mayr 1510.
*— Einfluß des negativen Druckes, v. Leszczynski 1769.
*— ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems, Müller 1882.
*— — — — — — Müller u. Delbanco 1348.
— Konzentrationseffekt an der menschlichen, Bücking 1508.
— Mineralgehalt der, Nathan u. Stern 1191.
— reaktive und physiologische Unterschiede, Meineri 1488.
— Ruheströme der menschlichen, Munk u. Flockenhaus 1507.
— Sensibilisationsfähigkeit durch Mikroben, Schimanko u. Ludwinowsky 1969.
— Wasser-, Kochsalz-, Reststickstoff- und Fettgehalt, Urbach 1746.
Hautaffektionen, hämato-, neuro- und psychogene, Polland 1192.
Hautatrophie, idiopathische, Seomazzoni 1719.
— — durch Insuffizienz der Schilddrüse, Cavallucci 1719.
*Hautausschläge, beim Baden entstehende, Touton 1931.
Hauthorn von seltener Größe, Hotta 1652.
Hautjucken, Stoffwechsel bei, Patkanjan 1968.
Hautkapillaren beim arteriellen Hochdruck, Deusch u. Liepelt 1605.
Hauterkrankungen, allergische, passive Übertragung der Überempfindlichkeit, Urbach 1252.
Hautkarzinome, experimentelle Erzeugung, Fischer 1661.
Hauthyperpexie, Ciambelotti 1486.
Hautkrankheiten, Radaeli 1595.
— Sutton 1725.
— allgemeine Auffassung, Brocq 1042.
— Arzneimittellehre für, Fürst 1596.
— Bestrahlung der Milz, Dombrowskiy u. Tatarskiy 1224.
— Blutkörperchensenkung bei, Strandberg 1591.
— Gewinnen des Blutes bei, Maeda 1042.
— gewerbliche, Foerster 1306.
— Handbuch, Montesano 1595.
— Histologie, Gans 961.
— im sozialen Leben, Arzt 1507.
— innere Behandlung von, Badelt 1827.
— Nahrung und Klima, Davidson 959.
— Therapeutisches Taschenbuch, Lucke 1133.
*— und Stoffwechselstörungen, Stümpke 1383.
*— tropische, Mayer 1866.
— vor Hebra, Neuburger 1507.
Hautpilze, Protease der, v. Mallinckrodt-Haupt 1251.
*Hautregeneration und Novipithel, Holzapfel 1612.
Hautsinn, besonderer für Licht empfindlicher, Umeda 1971.
Hauttemperaturmessungen, Thermoelement für, Strauss 1823.
Hauttumoren, Radiumtherapie, Pack 1846.
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Atlas, Friboes 962, 1226, 1281.
— — — — Šambergeru. Hübschmann 962.
— — — Handbuch, Juliusberg, Nobl, Pick u. Schönfeld 1725.
— — — Lehrbuch der, Zieler 1068.
Hautveränderungen, Freund 1482.
— bei Schwangeren, Kaiser 1521.
— — Ziegeleiarbeitern, Bosse 1044.
— präsenile, Luzzi 1719.
Hefe, chromolytische Studie, Watanabe 1041, 1042.
Heilstoffchemie, Fortschritte, Houben 1953.
Heliotherapie, biologische Probleme, Pohle u. Huxford 1096.
*Helminthen, Haut und, Fülleborn 1857.
Helminthenprodukte, Hautreaktionsversuche, Cieszynski 1511.
Herpes der Haut, azidophile Einschlüsse, Guiraud u. Thomas 1656.
— -Enzephalitis-Virus, Impfung von Kaninchen, Fournier u. Levaditi 1140.
— -Immunität, Teissier, Gastinel u. Reilly 1517.
Herpesvirus, Gerbasi u. Giuffrè 1657.
— Sensibilisatoren für das, Wollmann u. Urbain 1657.
*Herpes tonsurans und Favus der Augenbrauen, Lourier 1019.
— zoster als Frühsymptom eines Rückenmarktumors, Kamman 1851.
— — Anatomie und Ätiologie, Ducas 1656.
— — bei Malaria, Peter 1140.
— — Diagnose und Therapie, Lauda 1140.
— — Fazialislähmung infolge, Ramond 1140.
*— — Frage, Glaubersohn 1422.
*— — generalisatus, drei neue Beobachtungen, Münsterer 1703.
— — haemorrhagicus, Koschucharoff 1685.
— — Lokalreaktionen nach Inokulation, Freund 1517.
— — Nachweis des Erregers, Freund 1062.
— — und Leukämie, Freund 1065.
— — — Varizellen, Gray 1851.
— — — — François-Dainville u. Reynaud 1518.
— — — — Kletetschka u. Lucksch 1140.
— — — — Kumer 1189.

Digitized by Google

Herpes zoster und Varizellen, Shelmire, J. u. Shelmire, B. 1308.
— — Ursache einer Varizellenepidemie, Stein 1194.
— — Verimpfung, Freund 1033.
Heufieber, Eosinophilie bei, Sternberg 1825.
Hochfrequenzströme, Schimanko u. Berman 1255.
Hoden, homoplastische, Demel 1550.
— inkretorische Funktion der Zwischenzellen, Kraus 1785.
— teratoide Geschwülste beim Hahn, Michalowsky 1006.
— überpflanzte, Entwicklung, Retterer 1218.
Hodenatrophie nach Hernienoperation, Heller 1036.
Hodengeschwülste, Seminom und Inguinalhernie, Smirnow u. Kukujewitzky 1005.
Hodenimplantation, Pubertätsreifung durch, Bauer 1005.
Hodenoperation zwecks Verjüngung, Lakatos 1550.
Hodensack, plastischer Ersatz, König 1549.
Hodenteratom, Bonn 1848.
— Saphir 1501.
Hodentorsion, Beobachtung von, Pérard u. Arviset 1068.
Hodentransplantation, Demel 1502.
— Schönbauer u. Hogenauer 1550.
Hodentumoren, chorioepitheliomartige, Morton 1502.
Hodenzwischenzellen, Berger 1005.
Höhensonne, dermatologische Befunde, Popper 1687.
— Lichtmessung, Kuhlmann 1074.
Hopfendermatitis, Lewith 1063.
Hormon des Corpus luteum, histologische Veränderungen, Gley 1504.
Hormonale Sterilisierung des weiblichen Tierkörpers, Haberlandt 1499.
Hormonalstoffe, perkutane Applikation, Simácek 1512.
Hornfibrillen, submikroskopischer Bau, Schmidt 1193.
Histologisch-diagnostische Schnellmethode nach Terry, Christeller 1014.
Hufeisenniere beim Kinde, Hryntschak 1949.
Hydroa vacciniforme, Hahn 1875.
— — Sparacio 1490.
— — Vererbung, Hofmann 1189.
*Hydrogenhyperoxyd als Schälmittel, v. Berde 1315.
Hydronephrose, experimentelle, Blatt 960.
— — Kairis 959.
Hydrophilieprobe der Haut, Meineri 1477.
Hyperidrosis faciei, Behandlung, Stojanow u. Fukelmann 1955.
Hyperkeratose der Extremitäten in der kalten Jahreszeit, Barthélemy 1951.
Hyperkeratosis palmaris und plantaris mit ringförmiger Einschnürung der Finger, Wigley 1777.
Hypertonie und Durstkuren, Strauss 1948.
Hyphomykosen, Falchi 1721.
Hypogenitalismus, Fall von, Galant 1498.
Hypophysenhormone und Pubertätsgesetz, Lipschütz u. Kallas 1819.
Hypophysenvorderlappen, Einfluß auf Sexualfunktion, Siegmund 1508.
— Hormon, Zondek u. Aschheim 1013.
— und Genitale, Ehrhardt 1498.
— — — Schultze-Rhonhof u. Niedenthal 1819.
Hypospadieformen, Behandlung, Borchers 1948.

Ichthyosis, Atrophia cutis bei, Unna jr. 1879.
— Befallensein von Handtellern und Fußsohlen, Fuhs 1812.
— bullöse Eruption bei, Weber 1093.
— Epidermolysis bei, Gonin 1129.
— hystrix, Hahn 1875.
*Ichtoxyl, Šamberger 1445.
Iconographia dermatologica, Matsumoto 1068.
Immunisierung, regionäre Impfung, Poincloux 1605.
Impetiginöse Stomatitis, Gaté u. Aulagnier 1661.
— herpetiformis, Pathogenese, v. Leszczynski 1746.
— — Lutz 1190.
— — Ätiologie, Brill 1166.
— oder Furunkulose der Neugeborenen, Reed 1775.
— Pemphigus neonatorum und Identität, van der Valk 1195.
Impfungen bei nicht tuberkulös infizierter Umgebung, Lignières 1256.
Impotenz des Mannes, Orlowski 1596.
— Dyshormonosen, Daniel u. Frieder 1009.
Impotenztherapie, aktive, analytische, Gutheil 1009.
Induratio penis plastica, Jefferson 1463.
— — — Polkey 1462.
Intersexualität, Retentio testis als Zeichen, Moszkowicz 973.
Ionisation, pastenförmige Elektrolyten bei, Girandeau 1002.
Isaminblau bei Tumoren, Bernhardt u. Strauch 1197.
Istizin, Nebenerscheinungen, Ochsenius 1513.

Jod-Dermasan in der kleinen Chirurgie, Ruhemann 1513.

Digitized by Google

Jodschwefel, innerliche Behandlung, Schlüter 1043.
Jod, Wirkung von kleinen Gaben, Minowada 1652.
Juckreiz, Bäderbehandlung, Arzt 1141.

Kala-Azar in Indien und Orientbeule in Bagdad, de Souza-Aranjo 1144.
Kalkstoffwechsel bei Hautkrankheiten, Burgess 1587.
Kalzinose des Ohrläppchens, Rollin 1247.
Kalzium bei Hautleiden, Sannicandro 1038.
Kalziumzufuhr, Urikämie, Glykämie und Chlorämie nach, Ciambellotti 1488.
Kapillarblutungen, Volterra 1633.
Karzinoide nach Arning, Karrenberg 1877.
Karzinom, Basalzellen-, Matras 1459.
— — Montgomery 1775.
— Behandlung, Strauss 1524.
— bei Negervölkern, Maas 1955.
— der Haut, familiäres, Ledo 1132.
— der Mundhöhle, Radiumbehandlung, Halberstaedter 1524.
— des Mundes und der Zunge, Radiumbehandlung, Birkett 1598.
— des Penis, Beloussow 1039.
— Elektrokoagulation, Levin 1524.
— Immunisierung von Mäusen gegen, Urbach u. Schnitzler 1661.
Karzinomähnliche Erkrankungen des Penis, Majanz 1774.
Karzinomheilung, biologische, Lahm 1173.
Kastration bei Sittlichkeitsverbrechern, Hirschfeld 1820.
*Kastrationsfolgen, Blotevogel 1299.
Kathodenstrahlen, klinische Beobachtungen, Baensch u. Finsterbusch 1100.
Katzenräude beim Menschen, Oppenheim 1299.
Kauterisationstherapie nach Bier, Schüle 1143.
Keimdrüse, Gefäßversorgung der männlichen, Richard 1784.
Keimdrüsen, Biologie, Ceni 973.
Keloidakne, Autovakzinkur, Lanteri 1483.
Keloidose des Menschen, Schridde 1018.
Keratodermia maculosa palmaris et plantaris, Fuhs 1812.
— palmaris und plantaris mit Aplasie der Nägel, Haare und Zähne, Hudelo u. Rabut 1000.
— — et plantaris symmetrica disseminata, Rusch 1454.
— punctata disseminata symmetrica, Moncorps 1191.
Keratodermie der Hände und der Füße, Meyer u. Thiroloix 1474.
Keratoma palmare et plantare hereditarium, Fessler 1301.
Keratosen an Haut und Kornea, Fuhs 1168.
— essentielle, Möller 1250.
Keratosis spinulosa, Levi 1722.
— — Mazzanti 1478.
Kerion Celsi, Gramsche Flüssigkeit bei, Ledo 1628.
— — Kopfnarbe nach, Ritter 1248.
— — Lugolsche Lösung bei, Dér 1225.
— der Perinealgegend, Ritter 1248.
Knochenbrüche, Blutveränderungen bei, Frenckell u. Gawrilow 1516.
*Knötchenerkrankung der Gesichtshaut, bisher unbeachtete, Kerl 1895.
— — — — — Königstein 1522.
Knotenbildung in der Haut, hämatogen-metastatische, Geiger 1810.
Körperverletzungen, unter besonderen Qualen, Tittinger 1141.
Kohlensäure, Resorption durch die Haut, Hediger 1823.
Kohlensäureschnee, Kroh 1143.
— und Azeton, Giraudeau 1623.
Kohlensäureschneeform, praktische, Greenbaum 1305.
Koilonychie, Arndt 1034.
Kokainismus und Homosexualität, Hartmann 1009.
Kolloidmilium, Fukai 1652.
Kölnisches Wasser, Einwirkung auf die Haut, Zurhelle 1514.
Kolpitis durch Präventivverkehr, Littauer 1553.
— — — Rother 1553.
Komedonennaevi, Brünauer 1166.
Konstitutionsbegriff in der Dermatologie, Pulvermacher 1882.
Koryza, krampfartige, Valléry-Radot, Blaumoutier u. Justin-Besançon 1511.
Kosmetik, Hartwick 1070.
— und Psyche, Saalfeld 1927.
Kosmetika, McCafferty u. Genovese 1850.
Krätze, organischer Schwefel und benzoesaures Benzyl bei, Clément-Simon, Bralez u. Demoly 1475.
Krampfadergeschwüre, wirkungsvolle Behandlung, Marcovici 1846.
Krampfadern, Injektionsbehandlung, Barber 1139.
— — Hanschell 1139.
— — Ruhemann 1139.
— künstliche Verödung, Siebert 1139.
— — — Siebert u. Wreszynski 1138.
— Verödungstherapie, Siebert 1633.
Krampfaderphlebitis der unteren Extremitäten, Orbach 1633.
Krebsbehandlung, Strauss 1174.
Krebsbildung, Faktoren der, Raposo 1173.
— und Regeneration, Fischer 1172.
Krebserzeugender Teer, Raposo 1172.

Digitized by Google

Krebserzeugung durch Teer, Raposo 1172.
Krebsfrage, Versuche zur, Strauch u. Bernhardt 1172.
Krebszelle, Hitzeempfindlichkeit, Mendel 1173.
Kreosot, Wirkung auf die Haut in mit Durchtränkung von Eisenbahnschwellen beschäftigten Betrieben, Schapiro 1513.
Krysolgan bei Lupus erythematodes, Nicolau u. Schmitzer 1592.
Kyrlesche Krankheit, Jersild u. Kristjansen 1128.

Lack, Erscheinungen durch japanischen, Jeanselme, Balthazard u. Darier 1558.
Laktinpräparate bei Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktus, Warner 1781.
Langerhans-Zelle, Kreibich 1063.
Lappenelefantiasis, Härtel 1171.
Lederfärbemittel, Dermatitis, Suchier 1514.
Leiomyom, Brugger 1297.
Leishmania tropica, Lanteri 1721.
Leishmanien, Differentialdiagnose, Mayer u. Ray 1659.
Leishmaniose in Konstantinopel, Abiméléch 1466.
Leistendrüsenentzündung durch Pilze, White 1845.
Lentiginosis profusa unilateralis, Grou 1591.
Lepra, allergische Reaktionen, Ferrari 1719.
— Ansteckung in Frankreich durch eingeschleppte, Giacardy 1952.
— argentinisches Gesetz, Carrera 1627.
— Behandlung, Wade u. Lara 1230.
*— Bekämpfung, Unna jun. 1921.
— CO_2-Schnee- und Solganalbehandlung, Paldrock 1701.
— Dmelcos bei, Jeanselme 1621.
— genitalis, Pais 1484.
— Gesetz vom 17. April 1833, Jeanselme 1702.
— Goldpräparate, Eubanas u. de Vera 1701.
— Heilung nach Proteinchokbehandlung, Manson-Bahr 1528.
— Hydnokarpusarten bei, Rogers 1230.
— im Departement Meurthe-et-Moselle, Spillmann 1700.
— in Triest, Levi 1482.
— Kulturversuche auf Einährboden nach Hohn, Unna jun. u. Keil 1881.
— mit sensiblen Symptomen, Ihara 1254.
— — Vakzine behandelte, Borgeois u. Tsatsaronis 1702.
— mixta, Unna jun. 1878.
— nervosa, Unna jun. 1879.
— neue serologische Reaktionen bei, Rubino 1701.
— Reaktion Costa, Rajewski 1701.
Lepra, Rivanol bei, Hoffmann 1528.
— Schankervakzine (Dmelcos) bei, Audry u. Viev 1476.
— serologische Reaktionen, Schirwind 1230.
— serologische Syphilisdiagnose bei, Margarot u. Deveze 1778.
— tuberosa mit Beteiligung des Kehlkopfes, Riecke 1700.
*— Urethritis, von Bassewitz 1709.
Leprabazillen, Färbung, Rudel 1528.
*Lepraerreger, Kultivierung und Reinzüchtung, Keil u. Unna jun. 1663.
Leprafall in Frankreich, autochthon entstandener, Giacardy 1700.
Leprakranke im Hôpital Saint-Louis 1074.
Leucaemia lymphatica cutis, Brezovsky 1225.
Leucoderma acquisitum centrifugum, Popoff 1684.
— psoriaticum, Fischer 1035.
Leukämide, Hufschmitt 1468.
Leukämie der Haut mit universeller Erythrodermie, Boardman 1776.
— hämorrhagischer Symptomenkomplex, Tapia 1131.
— mit polymorphen Eruptionen, Hudelo, Cailliau u. Chène 999.
Leukämische Erythrodermie, Mac Cormac 1464.
Leukokeratosis bei Psoriasis, Karrenberg 1250.
Leukonychie mit Dysidrosis, Dore 1777.
Lichenähnliche, melanodermische Erscheinungen, Pinard, Lafourcade u. Versini 1469.
Lichen albus, Wise 1844.
— corneus hypertrophicus, Esquier 1468.
— nitidus, Rusch 1809.
— obtusus corneus, Ferrari 1487.
— planus, Arndt 1033.
— — Graham Little 1464, 1590.
*— — anularis atrophicus, Maschkilleisson u. Silbermann 1180, 1648.
— — Arsylenwirkung, Hallheimer 1520.
— — der Tonsillen, Thomson 1305.
— — Eigenblutbehandlung, Barthélemy 1623.
— — generalisitus, Lilienstein 1871.
— — pemphigoides, Ruete 1193.
— — Röntgenbestrahlung des Rückenmarks, Neumark u. Krynski 1466.
— — Schleimhautbeteiligung, Tashiro 1651.
— — und corneus, Röntgentherapie, Hombria u. Soto 1690.
— — universalis, Arndt 1034.
*— — vesiculosis, Vohwinkel 1103.
*— — Ätiologie und Pathogenese, Neumark 1666.

Digitized by Google

Lichen, Röntgenbehandlung, Hombria u. Soto 1628.
— ruber acuminatus, Stein 1301.
— — Buchbinder 1878.
— — anularis, Karrenberg 1250.
— — follicularis, Arndt 1034.
— — hypertrophicus und obtusus, Habermann 1169.
— — striatus, Haak 1877.
— — und Arsenkeratose, Langer 1036.
*— — und Psoriasis, Buschke u. Curth 1175.
— sclerosus, Arndt 1842.
— spinulosus, Adigesalow 1969.
— striatus, Lewith 1062.
— vaccinicus, Richter 1305.
Lichenifizierungen, ungewöhnliche, Pautrier 1464.
Licht, Allgemeinwirkungen, Hausmann 1045.
— Wirkung auf Bewegung des Flimmerepithels, Umeda 1650.
Lichtbehandlung, rationelles Verfahren, Saidman 1560.
Lichtbiologie und Lichttherapie, Meyer 1071.
Lichtdermatose, Habermann 1873.
— Urbach 1457.
Lichtdermatosen, Substanzen im Blut als Grundlage, Lipschitz 1559.
Lichterythem, Schall 1045.
Lichtquellen, Photometrie therapeutisch wirksamer, Griffith 1849.
Lichtsensibilisation im Ultraviolett, Lassen 1046.
Lichttherapie, Erythem- und Pigmentbildung, Stahl u. Simsch 1046.
Licht und Hautkrankheiten, Stümpke 1073.
Licht- und Röntgenstrahlen, neuere Erkenntnisse, Klemperer 1045.
Lichtwirkung auf den Gesunden, Hörnicke 1073.
Lingua villosa, Temple 1810.
Lipoid-Antikörper nach Einverleibung von Aminosäuren, Klopstock 1016.
— — nach Einverleibung von Milch, Klopstock 1016.
Lipomatosis multiplex, Lipp 1300.
*Lipome, Erblichkeit der multiplen, Leven 1563.
Lippenfurunkel, Behandlung, Chiari 1520.
Luminal, Hauterscheinungen nach, Menninger 1827.
Lupoid Boeck, Blüth 1881.
Lupus anularis, Brain 1777.
— Behandlung, Louste u. Thibaut 1475.
— — mit Neosalvarsan, Balog 1587.
— der Nase, Langer 1035.
— gebessert durch Erysipel und Typhus, Milian u. Clément Launay 1470.
— neue Behandlung, Jobst 1972.
Lupus erythematodes?, Habermann 1246.
— — Kerl 1810.
— — Unna 1880.
— — Ätiologie, Koliada 1968.
— — an der Unterlippe, Geserowa 1686.
— — an Händen und Ohren, Haak 1878.
— — behandelt mit Goldsalz, Pinard, Vernier u. Versini 1622.
— — bei der schwarzen Rasse, Noel 1467.
— — der Kopfhaut, Grshebin 1660.
— — discoides, Geiger 1457.
— — Gold und Arsenobenzol, Tommasi 1222.
— — mit Tuberkuliden, Volk 1809.
— — Periarteriitis nodosa bei, Volk 1195.
— — Triphalbehandlung, v. Temesvary 1660.
— — des Lippenrandes, Armuzzi 1485.
— — und Tuberkulid, Arndt 1034.
— — — Tuberkulose, Oro 1720.
— — Wismutbehandlung, Sézary 999.
— — Krebs auf, Reisner 1192.
— follicularis disseminatus, Kerl 1456.
— miliaris, Arndt 1036.
— pernio, Rabut 1622.
— — Lungenerkrankung bei, Hecht 1531.
— und Röntgenulkus, Buschke 1033.
— vulgaris, Karrenberg 1250.
— — Bedeutung von Jahreszeit und Witterung, Veiel 1531.
— — Behandlung durch Mineralsalze per os, Bloch 1958.
— — — mit Methylantigen, Hufschmit 1623.
— — chirurgische Behandlung, Moure 1624.
— — neue Behandlung, Somerford 1531.
— — nodularis vulvae, Oppenheim 1452.
— — Tuberkulinreaktion bei, Scholtz 1197.
— — und erythematodes, Goldpräparate, Cortella 1479.
— — — Skrofuloderm, Arndt 1033.
— — vorax, Goranoff 1685.
Lupusbehandlung, ambulatorische, Axmann 1256.
— Finsen und Röntgen in der, Thedering 1958.
Lymphadenosis cutis circumscripta bei subleukämischem Blutbefund, Keining 1874.
— aleukämische, Gottron 1033.
— circumscripta, Keining 1035.
*— — Mulzer u. Keining 1371.
— der Haut, Keining 1247.
Lymphangiom mit Pachydermie, Lortat-Jacob u. Brosse 1001.
Lymphogranuloma inguinale, Hellerström 1465.
— — Koppel 970.
— — Diagnose, Geisler 1494.
— Tuberkulinanergie bei, Bastei 1972.
— Veränderungen des Verdauungsschlauches, Corinini 1972.

Digitized by Google

Lymphogranulomatose, infektiöse maligne, Louste, Lévi-Frankel u. Cailliau 1001.
— Lymphogranulomatosis inguinalis, Prieto 1627.
— — Ramel 1192.
— — René Simon 1468.
— — Sobolew 970.
— — Ätiologie, Kitchevatz 1622.
— — Fixationsprobe, Kitchevatz u. Kitchevatz-Petrovitch 1623.
Lysol, chronische Vergiftung mit, Freund 1720.

Mal de bassine, Ätiologie, Gorsky 1647.
Malariaforschung, neues Problem der, Ruge 1700.
Malassezsche Sporen, MacLeod u. Dowling 1093.
Marchonsche Krankheit, Markianos 1701.
Masern, Diplokokken-Ziegenserum, Hoyne u. Silber Peacock 1699.
— zur Ätiologie, Lipschütz 1527.
Mastitis puerperalis, Behandlung, Hamm 1513.
Masturbation, Therapie, Loewy 1008.
— — Rohleder 1008.
— — Schultz 1008.
Maul- und Klauenseuche, Impfung gegen, Vallée, Carré u. Rinjard 1199.
Melanodermie des Gesichts, Buschke 1033.
— und Leukatrophie, Habermann 1874.
Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa, Freund 1067.
Melkerknoten, Arndt 1036.
Menformon, Wirkung auf die Brustdrüse, Laqueur, Borchardt, Dingemanse u. de Jongh 1007.
Menstruation, pathologische Form, durch kongenitale Syphilis, Kreis 1468.
Merkurochrom 220, Eyre, Notton u. Pope 1826.
Metajodin, Pirkowski 1632.
Metritis, regionäre Impfung, Poincloux 1780.
— — — Poincloux u. Weissmann 1780.
Mikroskopische Technik, Romeis 1953.
Mikrosporie des Kopfes, Earle 1776.
— — — Lieberthal 1776.
*Milzbrand, Salvarsantherapie, Goldin 1792.
Milzbrandpustel, Verteilung auf der Haut, Graf 1521.
Milzbrandübertragung mit Häuten und Fellen, Nieberle 1749.
Mineralgehalt der Haut, Nathan u. Stern 1945.
Möllersche Glossitis, Arndt 1842.
— — Habermann u. Berns 1246.
Molluscum contagiosum, Spitzer 1452.
Molluscum contagiosum der Stirn, Buschke 1036.
Mongolenflecke, Mayerhofer 1174.
Morphaea mit nervenwurzelmäßiger Verteilung, Barber 1777.
Moulage, Ramel 1001.
Müllersche Gänge im Bruchsack von Inguinalhernien, Hilse 1499.
Mund- und Gesichtserkrankungen, Strahlenbehandlung, Kaplan 1515.
Mycosis fungoides, Arndt 1034.
— — Arzt 1303.
— — Audry 1476.
— — Haak 1877.
— — Hahn 1876.
— — Karrenberg 1250.
— — Kren 1298.
— — Mulzer 1245, 1246.
— — Scherber 1452.
— — Unna 1880.
— — d'emblée, Mulzer 1246.
— — innerer Organe, Liechti 1062.
— — Metastasen, Eichler u. Rottmann 1063.
— — Tumoren ähnlich, Schmidt 1845.
*Mykologische Fragen, experimentelle, Kadisch 1893.
Myome der Haut, Del Vivo 1484.
*Myxödem, zirkumskriptes, Samek 1607.
— — bei Basedow, Keining 1874.
Myzetom durch noch nicht beschriebene Torula, Jeanselme, Huet u. Lotte 1473.

Nägel, Frau die — schneidend, Heller 1037.
— Hallopeausche Erkrankung, Heller 1037.
Nährboden, einfacher, Berezeller 1014.
Naevi, Behandlung, Eitner 1135.
Naevoide Mißbildungen, Ullmann 1455.
Naevokarzinom, Léri u. Lièvre 1476.
— mit diffuser Melanose, Léri u. Lièvre 1624.
Naevus, Blüth 1881.
— comedo follicularis, Karrenberg 1877.
— epidermo-hypertrophicus periarticularis, Maschkilleison 1648.
— ichthyosiformer, Fasal 1458.
— Pringle mit Morbus Recklinghausen, Urbach 1458.
*— sebaceus nach Impfung, Selisky 1147.
— teleangiektatischer, Buschke 1843.
— tuberocavernosus zosteriformis, Popoff 1685.
Naevusbehandlung, Klauder 1522.
Naja atra, Wirkungen des Giftes, Kanisawa 1652.
Napoleon III., Krankheit und Tod, Schlagintweit 1948.
Nasenplastik, Joseph 1629.

Digitized by Google

Nebenhoden, doppelter, Kreiner 1005.
— Mißbildungen, Rieder 1499.
Nebenhodentuberkulose, konservative Behandlung, Wolfsohn 1551.
Nephritiden, Folgen von Tonsillitis und Appendizitis, Werboff 1774.
Nephro- und Pyeloröntgenoskopie, Gottlieb u. Strokoff 1216.
Neubildungen, bösartige, Diathermotherapie, Simons 1524.
— maligne, Behandlung mit Kolloidblei, Wyard 1955.
Neurodermie, Haak 1877, 1878.
Neurodermitis bei Späteunuchoidismus, Langhans 1521.
— hypertrophica, Mgebrow, Faingold u. Feldmann 1520.
— mit Vitiligo, Beron 1685.
— nodularis, Mgebrow u. Chajutin 1520.
Neuroinfektionen, selbststerilisierende, Levaditi, Sanchis-Bayarri u. Schoen 1141.
Neurose des vegetativen Nervensystems, Deuber 1511.
Niere, Echinokokkus, Wedenski 1948.
— Koliinfektion, Crance 1686.
Nierenbecken, Geschwülste, Leguen 1066.
— -Harnleitertuberkulose, Dax 1219.
Nierenbeckenpapillom, Schwarz 1217.
Nierenbecken, Verdoppelung, Tashiro 1652.
Nierendysembryom, Sloboziano, Soin u. Petresco 1626.
Nierendystrophie, Fuchs 1217.
Nierenerkrankungen, Probe mit Natrium salicylicum, Frumkin 1306.
— Röntgendiagnostik, Gottlieb 1217.
Nierenfunktion, Erhaltung der, Cowan 1066.
Nierenfunktionsprüfung, Belastungswasserversuch, Lebermann 1217.
— mit der Säureumschlag-Alkaliprobe, Schneider 1947.
Nierenhämatome, Haebler 1217.
Nierenkrankheiten, röntgenologische Diagnostik, Gottlieb 1218.
Nierenläppchen und -papille, Jamamura 1042.
Nierenmißbildung, Schapiro 1217.
Nierentuberkulose, Hess 1066.
— Irisawa 1041.
— Welfeld u. Wochinski 1462.
— atypische, Epstein 1218.
— Diagnose, Fronstein 1626.
— frühzeitige Diagnose, v. Mandel 1066.
— geschlossene, Schmutte 1217.
Nierentumor und Gravidität, Stoeckel 1217.
Nierentumoren, seltene, Joseph 1948.
Nierenuntersuchung, funktionelle, Buzeu 1626.
Nitze, persönliche Erinnerungen, Klose 1948.
— und die Urologie, Rothschild 1948.
— zum Gedächtnis, Posner 1948.
Nodosités juxta-articulaires, Takasaki 1649.
*Noguchi, H., Rille 1061.
Notzucht nnd Hypnose, Heyer 1820.
Novokaindermatitis, Frühwald 1168.
*Nukleinsäure-, lipoidsäure-, und plastinsäurefreie Zellen, Schumacher 1412.
Nutzhölzer, hautreizende, Hoffmann 1170.
Nymphomane, Einfluß der Follikelflüssigkeit auf Reaktion der Scheide der Ratte, Cotte u. Pallot 1553.

Ödem der Wange, hartes, Delbanco 1872.
— örtlich provoziertes, Schulmann u. Marek 1655.
— traumatisches, Harttung 1518.
Ödeme, Pathogenese, Violle u. Dufourt 1850.
Örelin, Jaffe 1043.
Ohren, Korrektur abstehender, Kosch 1136.
Ohrmuscheln, Deformation, Romaschew 1970.
*Oidiomykosen (Gilchrist), Richter 978.
Oleome längs der Wirbelsäule, Danel 1471.
— nach Kampferöl, Hufnagel, L., Hufnagel, A. u. de Nabias 1475.
— nach Kampferöl mit Metastasen an den Schenkeln, Hufnagel, L., Hufnagel, A. u. de Nabias 1624.
Olobintin in der Dermatologie, Bessel-Lorok 1512.
*Onchocerca volvulus, Wurmtumor durch, Hoffmann 1868.
Onycholysis partialis, Lilienstein 1871.
Onychomycosis trichophytina, Heller 1945.
Onychomykose, Sporotrichon Beurmanni, Sartory, A., Sartory, R. u. Meyer 1227.
Operationszystoskope, Entwicklung, Lewin 1948.
Orientbeule mit Lymphangitis, Jeanselme, Huet u. Horowitz 1000.
Ovarialhormon, Uhlmann 1820.
Ovarienextrakte, Diseon 1007.
Oxyuriasis, Behandlung, Brüning 1504.

Pagetsche Krankheit, Arzt 1814.
— — Bory 1471.
— — Graham Little 1464.
— — Pautrier 1303.
Papillomatose, retikuläre, Gougerot u. Carteaud 1001.
Papillomatosis der männlichen Harnröhre, Sachs 1649.
— pigmentosa papulosa et reticularis, Gougerot u. Carteaud 1469.

Digitized by Google

Papulo-vesikulöse Eruption mit sekundärer Streptothrixinvasion, MacCormac 1777.
Parakeratose der Fußsohlen, Sézary, Gallerand u. Worms 1473.
Paraphimose, schmerzlose Reposition, Deichsel 1546.
Parhedonien bei Epilepsie, Pirkner 1686.
Parakeratosis variegata, Unna jr. 1880.
Parapsoriasis, Arndt 1034.
— Delbanco 1248.
— en gouttes, Borowskiy u. Busaka 1224.
— — plaques, Karrenberg 1249.
— lichenoides, MacLeod 1777.
— — Unna jun. 1248.
— papulonodularis, Cavalucci 1723.
Paronychie, chronische, Schwartz 1775.
Pellagra der Haut und Schleimhaut, Crutchfield 1308.
— Fall von, de la Portilla u. Dauden 1629.
Pelze, Hautschädigung durch, Ritter u. Karrenberg 1192.
Pemphigoid der Neugeborenen, Pockels 1251.
*— — — und Dermatitis exfoliativa, Pockels 1279.
Pemphigoid, Epidemie, Imre 1143.
Pemphigus acutus und Impetigo contagiosa, Gawalowski 1588.
*— blastomyceticus, Procházka 1759.
— endokrine Störungen, Bertaccini 1491.
— foliaceus, Arndt 1033.
Pemphigusforschung, parasitologische, Lipschütz 1190.
Pemphigus, Kochsalzstoffwechsel, Balbi u. Ravalico 1693.
— neonatorum, Ultraviolettlicht bei, Gregorson 1143.
— vegetans, Planner 1301.
— vulgaris, Fuhs 1303, 1460.
— — Möller 1250.
— — Planner 1301.
— — Scherber 1452.
— — Streptokokkus bei, Procházka 1815, 1816.
— — Trypaflavin und Quarzlicht bei, Lipp 1812.
— — Veränderungen der Genitaldrüsen, Martinotti 1693.
— — Zellbefunde im Blaseninhalt, Engelhardt 1520.
Peniskarzinom, Majanz 1547.
Periarteriitis nodosa, Calinich 1136.
Perifolliculitis abscedens et suffodiens, Veiel 1195.
Perinephritische Abszesse, Beer 1218.
Periurethritis durch Bacillus oedematis maligni, Trojan 1548.
Perizystitiden, phlegmonöse, Legueu 1218.
Phagédaenismus, papillomatöser, fieberhafter, Gougerot u. Thiroloix 1001.
Pharmakologie, Lehrbuch, Marfori 1654.
Phenolphtalein, Dermatitis, Stancanelli 1477.
Phlebitis obliterans, Ehara 1042.
— experimentelle Untersuchung, Jeannin 1633.
Piedra von Paraguay, Delamare u. Gassi 1955.
Pigment, physiologische Bedeutung, Peemöller 1145.
Pigmentgenese und Hautfermente, Dejust 1466.
Pigmentierungen, kleinfleckige, Siemens 1193.
— netzförmige, Bonnet 1146.
Pigmentnaevus der anovulvären Region, Simon u. Garnier 1466.
Pigmenterkrankung auf Palau und Saipan, Ikegami u. Hashiguchi 1651.
*Pilokarpin in der Dermatologie, Fürst 1078.
Pilzabtöter, fettlösliche Substanzen als, Kingery u. Adkisson 1090.
Pilze, allgemeine Bemerkungen über, Sabouraud 1951.
— aus Haut- und allergischem Allgemeinexanthem, Variabilität, Karrenberg 1748.
— botanische Klassifizierung, Guiart u. Grigorakis 1201.
*— Färbung pathogener, Karrenberg 1715.
— kultureller Nachweis erfahrungsgemäß pathogener, Karrenberg 1748.
Pilzerkrankung der Kopfhaut, Rezidive nach Röntgenbestrahlung, Golynski 1969.
Pilzerkrankungen, Allergie bei, Kogoj 1064.
— der Haut, Röntgenbehandlung, Fritsch 1847.
— ekzem- und psoriasisartige, Mgebrow 1039.
— Epidemiologie, Buschke u. Langer 1167.
*Pilzflora, die norddeutsche, Karrenberg 1927.
Pilzinfektionen der Hände und Füße, Hallam 1956.
Pilzkrankheiten, Castellani 955.
Pilznährböden, Bruhns 1166.
Pilzsammlung, Verzeichnis, Karrenberg 1954.
Pityriasis capillitii, Behandlung, Cronquist 1167.
— capitis, Entwicklung, Cronquist 960.
— lichenoides, varizellaartige, Freund 1455.
— rosea, Kerl 1457.
— — abnorme, Marcozzi 1491.
— — Beteiligung der Handteller, Balban 1809.
— — nach Panaritium, Milian 1594.

Digitized by Google

Pityriasis rubra pilaris, Arndt 1034.
— — — Graham Little 1590.
— simplex, Behandlung, Cronquist 1724.
— versicolor, Malassezia furfur, Martins 1227.
Pityrosporon Malassez, Macleod u. Darling 957.
Plaut, H. C., Mulzer 1245.
Pockenschutz, Nobel 1229.
Pocken und Schutzimpfung in Algier, Camus 1599.
Poikilodermia, Graham Little 1093.
— vascularis atrophicans, Chalipsky 1647.
Poikilodermie-Civatte, Little 1306.
Pollenallergie, Samson u. Miller 1558.
Porokeratosis, Lain 1463.
Porphyrie, Königsdörffer 1046.
Portio, Leukoplakie der, Esser 1819.
— — — Hinselmann 1173, 1554.
— Talgdrüse in der, Hinselmann 1819.
Präkanzeröse Zustände, Justus 1043.
Präkanzerose, Dejean 1523.
*— der Genitalgegend, kondylomatoide, Mühlpfordt 1403.
Prämykosis, Geiger 1457.
Präputialgangrän, Ghigi 1483.
*Präputialstein von ungewöhnlicher Größe, Mohrmann 1185.
Präputialsteine, Müssig 1003.
— Kasuistik, Abrin 1547.
Präzipitatsalbe. Resorption des Quecksilbers, Maloff 1826.
Priapismus, Mühsam 1002.
— infolge Karzinommetastase in den Corpora cavernosa, Campell 1783.
Primelekzem beim Tier, Walthard 1748.
Primeln, Haut- und Augenschädigungen, Beger 1828.
Prophylaktorium zu Odessa, Faingold u. Kalsada 1556.
Prostata, Sarkom der, Wassiljeff 1818.
— und Hoden, Physiologie, Serralach 1947.
Prostatahöhlenbildung durch Tuberkulose, Kielleuthner 1552.
Prostatahypertrophie, Elektrokoagulation, Oppenheimer 1006.
— rezidivierende, Takahashi 1848.
— Vasektomie, Hühne 1503.
— Vasoligatur, Werwath 1216.
Prostatakarzinom, operative Therapie, Wildbolz 1786.
Prostatamassage, Gefährlichkeit, Lutz 1552.
Prostatasteine, Gayet 1219.
Prostatektomie, Janssen 1774.
— Pneumoperitoneum, Ureck 1219.
Prostatektomierte, Sexualfunktionen der, Lissmann 1006.
Prostatismus ohne Prostata, Rosenblum 1463.
*Prostatitis, Diathermie gegen, Herwitz 1126.
— vom Standpunkte der inneren Medizin, Knack u. Simon 1786.
Prostatographie, Gottlieb u. Strokoff 1626.
Prostituierte, nicht beachtete Gefahr, Bruck 1010.
Prostitution der Kinder, Löwenstein 1970.
— im Deutschen Reich, Gurewitsch 1970.
— in Deutschland nach dem 1. Oktober 1927, Mittermaier 1011.
— in Ungarn, König 1822.
Prurigo, Alexandroff 1684.
— Buschke 1036.
— Gürtel- und bandförmige, Gougerot u. Merklen 1593.
Pruritus, Behandlung, Juster 1723.
— — nach Lebedjew, Sézary u. Benoist 1599.
— chirurgische Heilmethode, Fischer 1659.
— Diathermiebehandlung, Hopfinger 1518.
— in La Roche-Posay, Behandlung, Léon Huet 1599.
— perinei, Huet 1599.
— therapeutische Vorschläge, Frank 1658.
Pseudobotryomykose, Tornabuoni 1721.
Pseudodiphtherie der Haut unter dem Bilde tertiärer Syphilis, Hartmann 1747.
Pseudohermaphroditismus femininus externus, Cordes 1498.
— masculinus completus, Unshelm 974.
*Pseudoleukokeratose der Mundschleimhaut, Grütz 1075.
Pseudoleukokeratosis buccalis toxica Grütz, Karrenberg 1877.
Pseudosarkomatose Kaposi, Hudelo, Caillau u. Chène 1473.
— — Pautrier 1622.
Psoriasis, Fessler 1453.
— Arthropathia gravis, Haak 1878.
— Arthropathie, Peracchia 1490.
— — Zellner 1519.
— behandelt mit Tripaflavininjektionen, Oppenheim 1299.
— beim Neger, Noël 1128.
— Fettstoffwechsel, Barbaglia 1722.
— Goldbehandlung, Toomey 960.
*— Hefe bei, Drexler 1450.
— Psorigallol bei, Sainz de Aja 1629.
— pustulöse, Buschke 1843.
— — Löhe 1843.
— Radiumapplikation auf die Milzgegend, Wallon 1474.
— Sistomensin bei, Sochatzy 1142.
*— Stoffwechselbefunde, Nothhaas 1888.
— Thymusbestrahlungen bei, Jamieson 1776.
— Triphal bei, Ballmann 1519.

Digitized by Google

Psoriasis, Trypaflavin Quarzlichtbehandlung, Oppenheim 1453.
— —- und Quarzlichtbestrahlung, Oppenheim 1456.
— ultraviolette Therapie, Radaeli 1485.
— und Acrodermatitis atrophicans, Buschke 1033.
— — Lupus erythematodes, Schaumann 1469.
— — Thymus, Schreiner 1065.
Psychiatrische Untersuchung im Frauenkrankenhaus zu Reinickendorf, Juliusburger 1822.
Pubertät, Entwicklungsstörungen, Neurath 1819.
Puellae publicae, geringe Zahl der kontrollierten, Bruck 1555.
Purpura anularis, Arndt 1034.
— — Gabelow 1040.
— — teleangiectodes, Majocchi 1720.
— des Gaumensegels „e vacuo", Barthélemy 1625.
— haemorrhagica, Pathogenese, Blöch 1137.
— Majocchi, Rusch 1454.
— thrombopenische, Bykowa 1632.
— traumatica, Kindler 1516.
— und Tuberkulide, Macoari 1720.
Purpuraartige Stichelung bei Krampfanfällen, Milian 1593.
Pyelolithophonie, Bratislava 1947.
Pyelo-Ureterogramme, Cash King 1463.
Pyodermie végétante, Buschke 1843.
— — Löhe 1035.
Pyodermien, Hautimmunität, Bonaduce 1722.
*— heilbar ohne diätetische Behandlung, Lustig 1889.
— und Ekzeme, Sabouraud 1134.
Pyodermitis chancriformis, Covisa u. Bejarano 1130.
Pyonephrose infolge von Steinen, Mattes 1686.
Pyridin, physiologische Wirkungen, Kanisawa 1651.
— Wirkung, Umeda 1653.

Quaddelzeit bei Kindern in verschiedenen Altersstufen, Leonhardt 1634.
Quarzlampe, Kopfhalter, Klövekorn 1305.
Quarzlichtbestrahlung, biologische Bedeutung, Ludwig u. v. Ries 1849.
Quecksilber, Gefährlichkeit der Amalgamzahnfüllungen, Stock 1826.
Quinckesches Ödem, Govaerts 1656.
— — Kowenicki 1655.

Radiologie im Jahre 1927, Delherm u. Thoyer-Rozat.
Radiotherapie, Palvarini 1722.
Radiumauflegepräparate, Heiner 1135.
Radiumemanation, das ultraviolette Spektrum der, Wolf 1954.
— Einspritzungen, Du Bois 1135.
Radiumnebenwirkung, Saalfeld 1193.
Radiumstrahlen, Beeinflussung der Mitose, Seide 1102.
Radiumtherapie der Hautkrankheiten, Kumer 1515.
Rattenbißspirochäten, schankerähnliche Läsion, Honda 1653.
Rattenleprabazillen, Keil 1881.
Rattenlepraschnitte, Delbanco 1872.
Recklinghausensche Krankheit, Glauberson 1649.
— — Ledermann 1843.
— — Statistik, Saalfeld 1587.
— — syphilitischen Ursprungs, de la Portilla u. Dauden 1131.
— — unvollständige, Eller 1307.
R-Einheit im Bonner Röntgeninstitut, Grebe u. Gaertner 1098.
Reiseerinnerungen eines Dermatologen. Molesworth 1462.
Reizbehandlung, orale, Zimmer 1631.
Reizkörpertherapie, Saxl 1044.
Rekurrens am Kaninchen, Strempel 1018.
— experimentelle, Kroó 1752.
— — Prigge u. Rothermundt 1752.
Resorzinreaktion von Vernes, Breton 1528.
Retikuloendotheliales Gewebe, Hudelo u. Caillian 1465.
R-Dosen, Härteabhängigkeit, Hess 1098.
Rhinophyma, Behandlung, Porosz 1687.
Rhinosklerom, Figi 1524.
— Wolf 1297.
— serologischer Nachweis, Kalina 1039.
Rhus-Dermatitis, Armuzzi 1722.
Röntgenbehandlung entzündlicher Komplikationen des Scharlach, Bardachzi 1098.
Röntgenbehandlung nichtkrebsartiger Erkrankungen, Joly 1562.
Röntgenbestrahlung, Cholesteringehalt des Blutserums nach, Burgheim 1097.
— der Hautkrankheiten, Stühmer 1828.
— Haarpigmentierung nach, Rostock 1100.
Röntgendermatitisnarben, Spätulzerationen. Truffi 1222.
Röntgendosiseinheit, Behnken 1561.
Röntgeneinheiten, französische und deutsche. Behnken 1562.
— französische und deutsche, Solomon 1561.
Röntgengeschwüre, Heilung durch subaquale Hitzeduschen, Hoffner 1101.
Röntgenhaut, Ekzem auf, Buchbinder 1878.
Röntgenhypersensibilität der Haut, Haas 1065.
Röntgenhyposensibilität der Haut, Haas 1829.

Digitized by Google

Röntgeninstitute, Stromversorgung, v. Schubert 1828.
Röntgenkater, Andersen u. Kohlmann 1102.
Röntgenologen, Gefährdung der, Barclay 1829.
Röntgensarkom, Alius 1830.
Röntgenschäden, Häufigkeit, de Courmelles 1101.
Röntgenschädigungen, Naegeli 1100.
*— bei tuberkulösen Prozessen, Fischer 1674.
— Radium bei, Soret 1599.
— Therapie, Bircher 1101.
Röntgenstrahlen, Einfluß auf Entzündungen, Motojima 1561.
— physikalisch-chemische Wirkung, Lieber 1561.
— Proteinkörperwirkung, Cramer 1097.
Röntgentechnik und -therapie, Strauss u. Müller 1095.
Röntgentherapie, Rieder u. Rosenthal 1095.
— Erfolge, Wittkowsky 1098.
— Grundprinzipien, Møller 1098.
— der Hautkrankheiten, Lancashire 1829.
Röntgen- und Teerhaut, Strahlenempfindlichkeit, Kuznitzky u. Jacoby 1747.
Rosazea, Behandlung, Stein 1067.
— und Mageninhalt, Grintschar u. Rachmanoff, V. A. 960.
— Verdauungsfaktoren bei, Eastwood 957.
*Rückfallfieber, Spirozid bei, Ruge 1302.

*Säure-Basengleichgewicht bei Hautkrankheiten, Vonkennel 1884.
—-— in der Haut, Flarer 1719.
Salamander, Farbe und Zeichnung, Bock u. Reis 1013.
Salizylsäure, Resorption, Leslie-Roberts 1846.
Samenblasen, Histotopographie, Saigraeff 1551.
— pathologische Veränderungen, Wassiljeff 1551.
Samenblasentuberkulose, Operation, Riese 1785.
Samenblasen- und Prostataherde im Becken, Morrissey 1006.
Samenkanäle des Menschen, Branca 1005.
Samenstrang, Fibrosarkom des, Chwalla 1006.
Samenzysten, Sum-Schik 1040.
Saprovitan in der Urologie, Oppenheimer 1216.
Sarcoma idiopathicum Kaposi, Bruck 1870.
— lymphoblasticum, Popoff 1684.
— multiplex cutaneum, Unna 1880.
— — haemorrhagicum, Sirota 1039.
— solidum cutis, Unna 1880.
Sarcomatosis cutis und Röntgenulkus, Haak 1878.
*Sarkoid Boeck, Habermann 1259.
— — Habermann 1246.
— — Leidi 1720.
— — mit follikulären Hyperkeratosen, Habermann 1872.
— Darier-Roussy, Urbach 1458.
— zwei Fälle, Barber 1464.
Sarkoide, Danel 1471.
— Pathologie und Klinik, Joseph 1063.
— und verwandte Erscheinung, Goeckerman 1845.
Sarkom, multiples, hämorrhagisches, Stratton 959.
Sarkomatose der Haut, Rossi 1722.
— Kaposi, Jeanselme, Horowitz u. Dupont 1473.
Sarkome, Erfolg der Röntgenbestrahlung, Rostock 1198.
Scabies, Bonomos Brief an Redi, Laue 1775.
— Granuloma acaricum, Bonaduce 1221.
— norvegica, Feldmann u. Per 1465.
— — Fall, Hahn 1749.
*— zur Epidemiologie, Pinkus 1353.
Schambergsche Krankheit, Balbi 1723.
— — Dubreuilh 1467.
— — Kerl 1456.
— — Pautrier u. Diss 1467.
— — Schwarzmann 1969.
— — Stryker u. Davis 1304.
Scharlach, Abblassen der Haut durch Antitoxine, Toomey 1228.
— Ätiologie, Meyer 1698.
— Auslöschphänomen, Lampert 1956.
— Immunität der Neugeborenen, Paunz u. Csoma 1228.
— in Berlin, Seligmann 1956.
Scharlachdiagnose, serologische, Langer 1698.
Scharlach, Dick-Test, Peters u. Allison 1698.
— künstliche Immunisierung, Cooke 1699.
— Leukozytenzahl und Auslöschphänomen, Popovici-Lupa u. Aurian 1698.
— Präventivimpfung, Leiner 1228.
— puerperaler, de Lavergne 1698.
— Streptokokken in Schuppen, Deicher 1526.
— Toxineempfindlichkeit, Cooke 1600.
— ulzero-nekrotische Glossitis, Berger 1527.
— Veränderlichkeit der Scharlachstreptokokken, Friedemann, Deicher u. Abraham 1527.
Scharlachforschung, Ergebnisse, Friedemann 1697.
Scharlachklassen, hämolytische Streptokokken in, Bernhardt 1698.
Scharlachproblem, Mommsen 1956.
Scharlachserum, neues, Meyer 1956.

Digitized by Google

Schilddrüse, Einfluß auf korneale Epithelien, Minowada 1971.
— Polarisationskapazität der Haut in bezug auf die, Lueg u. Grassheim 1145.
Schilddrüsenexstirpation, Einfluß auf die Haut, Minowada 1652.
Schistosomen-Dermatitis, Cort 1228.
*Schizosaccharomyces hominis, Züchtungsverfahren, Benedek 1203.
*Schizosaccharomykose, experimentelle, Benedek 1890.
*— Fall, Benedek u. Frühwald 1566.
— Pathogenese, Allergie, Benedek 1748.
Schlangengift, Konjunktivitis durch, Kanisawa 1650.
Schutzglas bei Ultraviolettbestrahlungen, Grober 1560.
Schutzpockenimpfung, Erscheinungen am Nervensystem, Euzière u. Pagès 1599.
Schwangerschaftstoxikosen mit Insulin behandelt, Loeser 1521.
Schwefel, Speicherung nach Nebennierenexstirpation, Loeper, Decourt u. Lesure 1145.
Schwefelbad, neues, Gaertner 1513.
Schwefelpräparate, Sidikmann 1044.
Schwefelsäureverätzung, Riehl jun. 1303.
Schweinerotlauf und Erysipeloid, Bazzoli 1485.
Schweiß als Nährboden für Bakterien, Usher 1845.
Schweißdrüsen, Fehlen der, Janitzkaja u. Rjabow 1199.
— pathologische Anatomie, Manganotti 1481.
— Innervation, Braeucker 1199.
Schweißdrüsenentzündung, Behandlung, Goldschmidt 1525.
Schwielen, Spitzer 1452.
— Röntgen- und Radiumbehandlung, Hazen 1522.
Sclerodermia adultorum, Sellei 1946.
Sclerodermia alba guttata superficialis, Mgebrow u. Brodsky 1522.
— circumscripta, Brann 1871.
— — Fessler 1300.
— guttata follicularis, Grütz 1169.
Scleroedema adultorum?, Karrenberg 1249.
— — v. Graevenitz 1660.
Seborrhoe des Gesichts, wuchernde, Louste, Thibaut, Caillau u. Berton 1470.
Sectio alta, Steinschnitt und, Scheele 1948.
Seifenbäder, Svehla u. Svehla jun. 1043.
Sensibilisationsversuche mit U.-V., Juon 1071.
Sensibilisatoren für das Vakzinevirus, Wollmann u. Urbain 1657.
Sensibilisierung gegen chemisch definierte Substanzen, willkürliche, Frei 1509.
— mit Allergenen, Loeb 1017.
Sensitometrie der Haut, Saidman 1469.
Serologische Kommission NKS, Finkelstein 1040.
Serum, desensibilisierende Wirkung, Moldovan u. Zolog 1016.
Serumüberempfindlichkeit durch Eingriffe am Mesenchym, Klinge 1016.
Sexualhormon aus dem Harn von Schwangeren, Zondek 1503.
— und Endokrinkrankheiten, Fraenkel 1145.
— Ausscheidung des weiblichen, Dohrn u. Faure 1508.
Sexualhormone, klinische Beiträge, Küttner 1499.
— weibliche, Kochmann 1696.
Sexualneurastheniker im Irrenhause, Pirkner 1067.
Sexualoperationen, Slotopolsky 1504.
Sexualtraktus, Neurosen, Zippert 1008.
Sexuelle Not, Mann 1134.
— Übererregbarkeit bei Hirntumor, Albrecht 1820.
— Verbrechen nach dem Kriminalkodex der RSFSR, Bytschkowa u. Ratschkowsky 1970.
Simmondssche Krankheit, Karrenberg 1876.
Sklerodaktylie, Karenberg 1249.
Sklerodermie, Bruhns 1035.
— Devoto 1723.
— Ehrmann 1168, 1224.
— allgemeine, Arndt 1842.
— idiopathische Hautatrophie, Tommasi 1696.
— im Kindesalter, Artom u. Fornara 1488.
— mit Kalkablagerungen, Bruusgaard 1166.
— und Syphilis, Jordan 1189.
— zirkumskripte, Heller 1036.
Skorbutdermatitis, papulokeratotische, Theodorescou 1778.
Skrotum, mißglückte Plastik, Koch 1005.
*Soor der Haut, Therapie, v. Berde 1796.
Soorformen, seltene, Alexander 1164.
*Soormykose, Richter 1231.
Spermakultur, Gory u. Jaubert 1219.
Spermatogenese, Verhalten des Idiosomas, Hirschler u. Monné 1501.
Spermatozoiden und Bakterien, Guiltscher u. Schiller 1014.
Spieglersche Tumoren, Hauser u. Fuss 1745.
Spirochäten und Trypanosomeninfektionen, Immunität, Heronimus 1015.
Spirochaetosis arthritica, Ruge 1946.
Sporotrichose, Delbanco 1247.
Sporotrichosis, zwei Fälle, Blair u. Yarian 1697.

Digitized by Google

Sporotrichotische Gummen, Jeanselme, Huet u. Horowitz 1475.
— Läsionen im Gefolge Intrakutanreaktion, Pautrier 1622.
Staphylokokkenerkrankungen, Insulin bei, Jausion u. Lenègre 1472.
Staphylokokkeninfektion bei Kaninchen, Immunisierung, Kollath u. Herfarth 1015.
Staphylokokkenpyodermien, Staphylokokkenfiltrate bei, Greenbaum u. Harkins 1518.
Staphylokokkensepsis, ulzeröse Beulenbildung, Milian 1814.
Staphylokokkenvakzinetherapie, Jaubert u. Goy 1606.
Stauung, Kapillardruck und Exsudation, Török, Rajka u. Wessely 1195.
Stauungsdermatitiden an den Unterschenkeln, einfache Behandlungsmethode, Wirz 1517.
Stauungserythem der Beine, Dore 1464.
Sterilität, Behandlung, Graff-Pancsova 1785.
Strahlenbiologie, Einfluß der Wellenlänge, Hausser 1071.
— — — Sonne 1072.
Strahlendosimetrie, Glasser 1099.
Strahlenforschung, Ergebnisse, Holfelder, Holthusen, Jüngling u. Martius 1068.
Strahlenheilkunde, Handbuch, Lazarus 1595.
Strahlung und Klima, Kestner 1046.
Streptobazillus Ducrey, Hautallergie, Armuzzi 1721.
— — — in, Venturi 1721.
Streptokokkenabszeß der kleinen Schamlippe, Milian 1952.
Streptokokken. Impfung gegen sensibilisierte und nichtsensibilisierte, Maghern u. Bonciu 1606.
Streptothrixinfektion, Barber 1777.
Streustrahlung, Jacobi u. Liechti 1099.
Strichförmige Dermatose, Bruhns 1037.
Strikturen der Harnröhre im Röntgenbilde, Schmidt 1547.
— — — — — Partsch u. Breitländer 1783.
— Therapie, Sorentino 1477.
Stryphnon in der Urologie, Hankowski 1306.
Sulfodermpuder, Eitel 1043.
Sulfosalizylsäure gegen geschwürige Prozesse, Drewitz 1522.
Sycosis parasitaria, Karrenberg 1249.
— — mit Körpertrichophytie, Karrenberg 1249.
Sykosisbehandlung mit Antivirus nach Besredka, Feldmann u. Gurwitsch-Gragerowa 1520.
Sympathektomie, Dauererfolge, Lehmann 1633.

Syphilis

1. Allgemeines

Abgaben, Syphilis und Befreiung von, Audry 1127.
Allergie und Superinfektion bei Syphilis, Bizzozero u. Bernucci 1777.
Blutbefunde bei Syphilis, Spiethoff 1194.
Blutgruppenzugehörigkeit und Lues, Gundel 1728.
Diaz de Isla und der amerikanische Ursprung der Syphilis, Curieses de Agua 1646.
Hämatogene Luesinfektion, Feldmann 1814.
Hautallergie gegenüber dem Syphiligift, Farina 1693.
Immunitätsvorgänge bei Syphilis, Klopstock 1314.
— — — Kroó 1314.
Isoelektrische Punkte des Blutes in der Syphilis, Luchsinger 1536.
Karzinom, Beziehungen der Lues zu, 1949.
Konstitution und Syphilis, Rolnik 1257.
Lues latens, Infektiosität und serologisches Verhalten, Cohn 1728.
*Mittelalterliche Syphilis, Funde, v. Notthafft 990, 1434.
Neutrophile Vsrschiebung im Blut von Syphilitikern, Brodsky u. Schister 1535.
Nikolajew, Syphilis in, Saidner 1649.
Nishni-Nowgorod, Syphilisbekämpfung, Elian 1041.
Pathologie der Syphilis, allgemeine, Carrera 1627.
Rassendegeneration, Syphilis als Faktor, Bard 1588.
Reaktionsfähigkeit der Haut bei Syphilis, Artom 1692.
*Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen vor Positivwerden der WR, Hedén 1118.
*Stirbt die Syphilis aus?, Gumpert 1361.
Superinfektion bei Syphilis, Bizzozero u. Bernucci 1692.
— mit Syphilis, Bernucci 1692.
— — — Piccardi u. Brunetti 1693.
— — — beim Menschen, Balbi 1692.
— — — — — Verrotti 1693.
— — — experimentelle, Armuzzi 1691.
Syphilis, Lehrbuch, Hazen 1311.
— d'emblée, Feldmann 1814.
— ignorata, Caputo 1489.
— kurze Bemerkungen, Moser 1307.
— ohne Schanker, Sáinz de Aja 1646.
Syphilisdurchseuchung der Berliner Prostitution, Pinkus 1821.
Syphilophobe, Verhalten gegen, Michon 1532.
Tätowierung und Syphilis, Belote 1844.
Tertiäre Lues bei Frauen, Devojanz 1532.
Trauma und Syphilis, Sirota u. Higer 1968.

Digitized by Google

Treponematosis, Bedeutung für Volksgesundheit, Butler u. Peterson 1307.
Twerisches Gouvernement, Syphilis, Obraszow 1970.
Unbewußte Syphilis, Zibordi 1695.
*Unfall und Syphilis, Michael 1366.
Wiederanwachsen der Syphilis in Paris, Burnier 1821.

2. Ätiologie der Syphilis

Antikörper, spirochätenspezifische, Kroó u. Schulze 963.
Spirochaeta pallida, Färbung oder Dunkelfeld, Oelze 1535.
— — Nachweis, Mühlpfordt 1535.
— — einfaches Nachweisverfahren, Grumbach 1535.
— — im sympathischen Nervensystem, Marcozzi 1695.
— — Plattenverfahren zur Züchtung, Fortner 1752.
Spirochäte, Biologie und Färbung, Bergel 1751.
— Färbbarkeit mit Ziehlschem Fuchsin, Sabrazès 1535.
— neurotrope und dermatotrope Form, Kritschevsky 1688.
Spirochätenagglutination, Mano 1535.
Spirochätenfärbung, Technik der, Renaux 1314.
Spirochätennachweis, Praxis, Stern 1535.
Spirochätenuntersuchung im Säuglingsalter, Weiss 1752.
Treponema hispanicum, Einfluß auf sekundäre Syphilis, Halty 1624.

3. Experimentelle Syphilis

Affen, Untersuchungen an syphititischen, Hahn 1749.
Angeborene Kaninchensyphilis, ungewöhnliche Beobachtungen, Gregoriev u. Jarisheva 1091.
Arsen- und Wismutsalze bei Kaninchensyphilis, Levaditi 958.
Bäder bei experimenteller Syphilis, heiße, Schamberg u. Rule 955.
Experimentelle Syphilis, Begründung durch Metschnikoff und Roux, Hoffmann 1944.
*— Syphilisforschung, weitere Beiträge zur, Worms 1916.
Hämolysierte Erythrozyten aus syphilitischem Blut, Wirkung auf Kaninchen, Lintwarew u. Senin 1648.
Kaninchen, histologische Struktur syphilitischer, Gregorew u. Jarisheva 1303.
— syphilitisch infizierte, Popoff 1684.
Kaninchensyphilis, experimentelle, Bergel 1164.
— Histologie, Salomon 1064.
Keratitis, Impfung in die Orbita, Shibata 1653.
Präzipitinreaktion beim Kaninchen, Kanisawa 1653.
Spirochaeta pallida, Pathogenität, Strempel 1194.
Superinfektion bei Kaninchensyphilis, Armuzzi 1197.
— — Syphilis, Mestschersky u. Bogdonoff 1092.
— — — Pasini 1092.
— mit Syphilis, experimentelle, Truffi 1691.
Syphilisimmunität, Kolle u. Prigge 1090.
Syphilisinfektion bei Hund, Schaf, Ziege und Lama, Albrecht 1164.
— experimentelle, symptomlose, Kolle 1314.
Syphilisstudien, experimentelle, Reiter 1314.

4. Serologie der Syphilis, Liquor, Luetin

Aktive Seren, Beretvás 1305.
Alkalireserve im Blute bei Syphilis- und Hauttuberkulose, Ostrowski 1064.
Ambozeptor und Komplement, gleichzeitige Titration, Clark 1307.
Ballungsreaktion, Müllersche, Baruch 1753.
— — Mayser 1310.
— — Müller 1310.
— — Otto 1310.
— — Tataru u. Conradi 1311.
— — Ventwei 1479.
*— — Blut- und Liquoruntersuchungen, Kruspe 1802.
Benzoinprobe nach Starobinski, Barbaglia 1489.
*Blutkuchen-WR nach Dold, Bojewskaja u. Karol 953, 1537.
Blutliquorschranke, Durchlässigkeitsverhältnisse der, Leipold 1597.
*Brucksche Methode zur aktiven serologischen Untersuchung, neue, Kadisch 1918.
Citocholreaktion und Lentocholreaktion, Sachs u. Witebsky 1537.
Flockungsreaktion mit Resorzin, Langeron u. D'Hour 1310.
Gold, kolloidales, für die Langesche Reaktion, Leiboff 955.
Gold-, Mastix- und Benzoereaktion der Zerebrospinalflüssigkeit, Reyner 1304.
*Hirnlues, Blut- und Liquorbefunde, Loewenstein 1398.
Indigoreaktion zur Liquordiagnostik, Kirchberg 1311.
Kadisch-Methode, Luesreaktion im Arbeitskreis des Tropenarztes, Heinemann 1753.
*— Schnellreaktion auf Syphilis, Israelssohn u. Korol 1584.
Kafkasche Paraffinreaktion, Hodoss u. Gorew 1311.

Digitized by Google

Kahnsche Flockungsmethode, Wilson, Nedley u. Honig 1308.
— Probe bei primärer Syphilis, Willet u. Nagle 1537.
— Reaktion bei fieberhaften Erkrankungen, Jui-Wu Mu u. Keim 955.
— — beim Liquor spinalis, Hull, Fry u. Garwood 1308.
— — quantitative, Gasser u. Houghton 1305.
Kolmer-WR bei Schwangeren, Stillians 955.
Komplementbindungsreaktionen mit Zitratplasma, Israelson u. Bojewskaja 1648.
Komplementwirkung, Einfluß verschiedener Salzlösungen, Tokunaga 1536.
Laboratoriumsdiagnose der Syphilis, Davidsohn 1308.
Leukozyten des Liquor cerebrospinalis bei Luetikern, Ravaut u. Boulin 1753.
*Liquorbefunde bei tertiärer Haut-Schleimhautlues, Arzt 1915.
Liquor cerebrospinalis, Antikörper und WR, Neufeld u. Szyle 1538.
— — bei Syphilis, Kirchberg 1217.
— — in verschiedenen Stadien der Syphilis, Kirchberg 1814.
— — Kalium-, Kalzium- und Magnesiumgehalt, Eisler 1754.
— — analytische Untersuchungen, Klemperer u. Weissmann 1754.
Lumbalpunktieren, sollen wir ambulatorisch, Dattner 1752.
Lumbalpunktion, halbautomatische, Oelze 1191.
— ambulatorisch, mit dünnen Kanülen, Zaslawsky 1968.
Masslakowetz, Serodiagnostik nach, Jaskolko 1040.
— — — Liebermann 1040.
— — — Pack 1040.
Mastixreaktion in der Lumbalflüssigkeit, Martin 1131.
Meinickesche Mikroreaktion bei Brustkindern, Palzew 1309.
Meningeale Permeabilität, zur Frage, Feldmann, Bojewskaja, Moreinis u. Israelson 1538.
Meningen, Durchlässigkeit, Dujardin 1588.
Meningismus nach Lumbalpunktion, Trautmann 1311.
— — — Prophylaxe, Perkel u. Tarsis 1539.
Mikro-Kahn-Reaktion, Kilduffe u. Hersohn, W. W. 1308.
MTR bei Liquoruntersuchung, Mutermilch u. Salamon 1309.
— — Schwangeren, Treuter 1538.
— im Liquor cerebrospinalis, Scharfetter 1311.
MTR in Heilstätten, Filter 1973.
— mit gefärbtem Antigen, Borowskaja 1537.
— zur Kenntnis, Elkeles 1537.
— — Technik, Pesch u. Kortenhaus 1537.
Organluetin, Hollander 1304.
Pawlowitschsche Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit, Duschkow Kessiakow 1754.
Photometer Vernes, Rizzi, Mazzolari u. Morandi 1478.
Quecksilber, Übergang in den Liquor, Barbaglia 964.
Reaktion bei Seren von Syphilitikern, Lama 1753.
Schellackreaktion von Marchionini u. Thurzo, Vonkennel 1945.
Sciarra, Serodiagnose nach, Sciarra 1039.
Sciarra-Reaktion, Pollano 1222.
Serodiagnose des Instituts Pasteur, Liefschütz 1223.
Serodiagnostik der Syphilis, Fortschritte, Müller 1309.
— Verbesserung, Blumenthal u. Jaffé 1165.
Serologische Pipette, Báron 1312.
— Statistik der Geburtshilflichen Klinik in Toulouse, Chatellier 1002.
Serumreaktion, einfache, Takeichi 1042.
Subokzipital- oder Lumbalpunktion, Schönfeld 1539.
*Subokzipitalpunktionen, Erfahrungen an 477, Ritzefeld 1678.
*— Liquoruntersuchungen bei 477, Ritzefeld 1838.
Takata-Ara-Reaktion im Liquor, Prunell 1538.
Trübungs-Ausflockungsreaktion von Dujarric de la Rivière und Gallerand, Cortella 1696.
Tsüsche Methode für Syphilisdiagnose, Bruck 1310.
WR, aktive Modifikation, Schirwindt u. Alexejewa 1648.
— bei der Prostituiertenuntersuchung, Fessler 1821.
— beim Kaninchen, Aufhebung einer unspezifischen, Mano 1536.
— Biochemie, Hinkleman 1307.
— Brauchbarkeit von Pferdeherzextrakten als Antigen, Gross 1309.
— Einfluß des Jodkaliums auf, Vercellino 1696.
— Hecht und Meinicke, Serodiagnostik der Syphilis mit, Covisa, Bejarano u. Navarro 1689.
— Kahn und Meinicke, Proben, Schmidt u. Zickmann 1307.
— Lipoidextrakt aus Kammuscheln bei, Sanderson 1308.
— lokale, Perkel u. Bojewskaja 1536.

Digitized by Google

WR mit erhitztem Serum, Levy 1953.
— Modifikation, Mariotti 1309.
— nach Milian-Gennerich, Perkel, Moreinis u. Israelson 1537.
— Natur der, Polland 1092.
— neuere Abänderungen, Spicca 1696.
— Reaktivierung nach Milian-Gennerich, Perkel, Moreyniss u. Israelson 1952.
— Resultate bei Gefriertemperaturen, Calvin 1626.
— Senkungsreaktion und, Aljawdin 1970.
— Standardmethode, Stern u. Frank 1753.
— stark positive, bei einem symptomlosen Patienten, Colli 1484.
— Technik, Pöhlmann 1597.
— — drei Phasen, Swan 1307.
— Trockenkomplement bei, Casio 1485.
— unbeeinflußbare, Porcelli 1695.
— und MTR bei 4000 Kranken, Sáinz de Aja, Fernández u. Martinetz 1689.
— — ΣR, Boas u. Nórel 1165.
— — Sachs-Georgi bei Frauen und Brustkindern, Gurwitsch 1309.
— Wirkung der Ultraviolettbestrahlungen auf, Rajka u. Radnai 1493.
Wasserstoffexponent und Ausflockung mit Essigsäure, Douris, Mondain u. Beck 1310.
Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion im Liquor, Kral 1512.
Widalsche Reaktion zur Diagnose der Syphilis, Mucci 1723.
Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis, Kirchberg 1625.
— — tertiärer Syphilis, Saratzeano, Constantinesco u. Dimolesco 1625.
Zisternenstich, Vorteile und Gefahren, Kindler 1538.

5. Primäre Syphilis am Genitale und Reinfektion

Fossa navicularis, Primäraffekt, Michon 1532.
Knaben, Schanker am Präputium bei 5jähr., Klebanow 1649.
Primäraffekt, außergewöhnliche Größe, Nicolau 1476.
— der Urethra, Buschke 1036.
Reinfectio syphilitica, Fuhs 1813.
Reinfektion, 3 Injektionen mit Syphills, Halley 1532.
— dreimaliger Schanker, Orphanidès 1476.
Ulcus mixtum, Häufigkeit, Choroschin u. Wacksmacher 1543.
Urethra, Primärsklerose in der männlichen, Zollschan 1306.
Vagina und Vaginalportion, syphilitischer Primäraffekt an, Kazarowa 1257.
Wismutbehandlung, Reinfektion nach, Nicolau u. Blumental 1129.

6. Extragenitale Syphilisinfektion

*Augenlid, harter Schanker, Sirota 1840.
Biß, syphilitische Infektion, Irger 1602.
Daumen, Primäraffekt, Flye-Sainte-Marie 1475.
Dorfsyphilis, extragenitale, Lipkin 1968.
Extragenitales Ulcus durum am Venerologischen Institut zu Moskau, Chatenewer 1970.
Familiensyphilis, Liefschütz 1647.
— klinische Formen, Levenson u. Schwarzblatt 1647.
Fußsohle, Primäraffekt, Flye-Sainte-Marie 1475.
Gefährdung der Ärzte bei Behandlung von Syphilitikern, Whitney 1307.
Leichenvirus, Virulenz von Syphilitischen, Zurhelle u. Schleyer 1196.
Oberlippe, Primäraffekt, Buschke 1843.
— — Langer 1035.
Unschuldigen, Syphilis der, Santiago 1629.
Unterlippe, Riesenschanker, Ontañon 1130.
Unterschenkel, Berufsinfektion, Witteler 1196.
Wange, Primäraffekt, Antonoff 1684.

7. Sekundäre und tertiäre Syphilis der Haut und der Schleimhäute

Augenlid, Tertiärsyphilis, Nardi 1491.
*Cheilitis interstitialis luetica, Mikrostomie, Bruck 1286.
Exanthem bei negativer Seroreaktion, Oppenheim 1456.
Gumma, Fessler 1453.
— der Nasenscheidewand, Laurens 1257.
— neben Lues cerebrospinalis, Ullmann 1299.
— syphiliticum mit Drüsenbeteiligung, Malherbe 1218.
Gummöse Syphilis, Kasuistik, Hrschtanowsky 1649.
Hauterkrankungen, luetische, Oppenheim 1257.
Juxta-artikuläre Knötchen bei einem Syphilitiker, Jeanselme, Burnier u. Eliascheff 1622.
— Knoten bei Syphilis, Martin 1945.
Keloide nach ulzeröser Lues, Löhe 1035.
Leukomelanodermie in Form einer Pseudovitiligo, Freudenthal 1747.
Lichen syphiliticus, Arndt 1033.
Lues maligna, Arndt 1036.
— papulosa circinata, Beron 1684.
— praecox, Arndt 1034.
— psoriasiformis, Fessler 1458.
Maligne sekundäre Syphilis, Gravagna 1951.
Mundschleimhaut bei rezenter Syphilis, Infiltration der, Verrotti 1489.
*Nase, salvarsanresistente tertiäre Lues, Geiger 1028.

Digitized by Google

Nase, Syphilid der, Knossew 1810.
Nodositäten, juxta-artikuläre, Rossow 1258.
Nodositas juxta-articularis, syphilitische, Hanum-Alijewa 1648.
Onychie, wellensandartige syphilitische, Milian 1594.
Papillomatosis der Mundschleimhaut, Mirakjantz 1257.
Phlebitis syphilitica der Vena dorsalis penis, Lilienstein 1871.
Psoriasiforme Lues, Buschke 1843.
Purpura syphilitica, Kanisawa 1653.
Rezidivexanthem, Freibleiben über Pleuritis, Oppenheim 1456.
Schankriformes Syphilom 17 Jahre nach dem Schanker, Giacardy 1779.
Tertiäre Lues im Zusammenhang mit Traumen, Petráček 1818.
Tubero-serpiginöses Syphilid, Freund 1454.
*Ulcus vulvae chronicum und „Syphilome anorectal" in ihren Beziehungen zur Lymphogranulomatosis inguinalis, Frei u. Koppel 1920.
Zehenulzerationen, infolge syphilitischer Arteritis, Milian u. Launay 1474.

8. Syphilis des Bewegungsapparates

Arthritiden, syphilitische, Behandlung mit Arsenobenzol, Djakow 1647.
*Fingergelenkerkrankungen, Framhein 1052, 1085.
Gumma der Bauchwand, abdominalen Tumor vortäuschend, Stein u. Hensel 1532.
Kiefer, Dystrophien durch Syphilis, Meyer 1625.
Knochen und Gelenke, Spätlues, Steinbrinck 1602.
Knochensyphilis, Ginsburg 1648.
— schwere, Achundow 1969.
— Röntgenbild, Lachmann 1258.
Muskelgumma, Fall, Tashiro 1971.

9. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane

Auge, Syphilis und, Igersheimer 1780.
Behandlung der Syphilis, Betrachtungen des Neurologen, Dattner 966.
Epilepsie und Syphilis, Patterson 1308.
Fazialislähmung, frühsyphilitische, Artom 1221.
Friedreichsche Krankheit, Roger, Siméon u. Coulange 1313.
*Gumma sclerae, Meves 1288.
Hirnsyphilis, Verlust des Ich-Gefühls und, Levy 1730.
Hypophyse, Syphilis der, Ismail-Sode 1648.
Jacksonsche Epilepsie 5 Monate nach Schankerinfektion, Milian u. Lotte 1594.
Lues nervosa, Wirz 1196.
Luetische Sprachstörung, Buschke 1843.
Meningitis basilaris, luetische, Alexandroff 1684.
— bei Kindern, Amesse u. Barber 1307.
— Malariatherapie, Mouzon 968.
Meningo-Myelitis luetica, Faure 1730.
— — mit Syndrom Froin, Iogihess 1313.
Metalues, biologische und soziale Faktoren, Choroschin u. Moreinis 1534.
Myelitis syphilitica praecox, Nardi 1484.
Nervenkrankheiten, intralumbale Proteininjektion, Mori 969.
Nerven- und tertiäre Lues, Levin 1305.
Neurolues, Rasch 1686.
— Bedeutung eines Trauma, Anfimow 1313.
Neurosyphilis, Riddoch 958.
— Behandlung, McCartney 1307.
— symptomlose, Moore 1776.
Paralyse, progressive, Behandlung, Damaye u. Avella 1605.
— — Einfluß von Tryparsamid auf den Liquor, Bunker 965.
— — jugendliche Formen, Lukina-Dechterewa 1313.
— — Malariabehandlung, Gerstmann 1134.
— — — Nàgera u. Pinto 1492.
— — — Wagner-Jauregg 966.
— — mit Malaria behandelte 100 Fälle, Westphal u. Bach 1196.
— — Mechanismus der Malariabehandlung, Goeckerman 967.
— — Schwefelbehandlung, Schroeder 969.
— — Veränderungen des Charakters nach Malariabehandlung, Codet 1751.
— — Schwefelbehandlung, Schroeder 1540.
Paralysefrequenz in Wien 1923—1927, Herschmann 1750, 1756.
Paralysesterblichkeit der Bühnenkünstler, Heller 1534.
Paralytiker, tertiäre Lues nach Malariakur, Buschke 1036.
— und Tabiker, Syphilisübertragung durch, Jahnel 1750.
— zerebral bedingte Starrheit, Kiely 1306.
Polyneuritis, motorische, syphilitische, Sannicandro 1489.
Rückenmarkssyphilis, Lortat-Jacob u. Poumeau-Delille 963.
Sklerose, multiple und Syphilis, Pappenheim u. Pollack 1751.
Tabes dorsalis mit Gaumenperforation, Bruhns 1035.
— — Neosalvarsaninjektion in den Subduralraum, Hassin 1402.
— Malariabehandlung, Paulian 968.
— und Salvarsanbehandlung, Müller 965.
Tabische Sehnervenatrophie, Behandlung, Abelsdorff 964.

Digitized by Google

Zentralnervensystem, frühzeitige Affektion, Wilentschuk 1039.
— luetische Erkrankungen, Herschmann 1313, 1533.
Zerebellaratrophie syphilitischen Ursprunges, Guillain u. Decourt 1603.

10. Syphilis der inneren Organe, der Brust- und Lymphdrüsen

Aneurysma dissecans auf luetischer Grundlage, Loeschke 1258.
Aorta und große Gefäße, Zeichen bei der kongenitalen Syphilis, Manicatide u. Rosenkrantz 1534.
Aortitis, Behandlung der syphilitischen, Caussade u. Tardien 1604.
Brustschmerz der Luetiker, Bauer 1312.
Cholesterinämie bei Syphilitikern, Gavrila u. Hanganutz 1257.
Endokard und Lunge, Tertiärlues im, Castelli 1220.
Fieber, protrahiertes sekundärluetisches, Milian 1593.
— syphilitisches, Kudenko 1602.
Hepatitis der Frühsyphilis, Elliott u. Todd 954.
Herz, Syphilis, Harris 1973.
Herzgefäßbefunde bei Frauen mit Syphilis, Arnett 1729.
Herzgefäßkrankheiten, ätiologische Bedeutung der Syphilis, Lian 1603.
— Rolle der Syphilis, Beraud 1602.
— und spezifische Behandlung, Coury 1604.
Herzkranke, antisyphilitische Behandlung, Aubertin 1605.
Innere Medizin und Syphilis, Schlesinger 1225.
— Organe bei Frauen, Syphilis, Edelmann u. Oretschkin 1533.
Insuffizienz der Aortenklappen syphilitischen Ursprungs, Spitzenstoß bei, Schwarzmann 1533.
Ikterus, Pinard, Lafourcade u. Versini 1001.
Leber, Syphilis der, Boucher 1603.
— und Niere, luetische Erkrankung, Kollert 1533.
Lungensyphilis, miliare, Favre u. Contamin 1729.
Lymphadenitis bei tertiärer Syphilis, Cummer 1308.
*Lymphdrüsenerkrankungen, Bedeutung für Erkennung der Syphilis, Hoffmann 1346.
Magen, Syphilis, Herman 1308.
— — Lévy-Franckel 1037.
Magensyphilis, Röntgenbefund, Moore u. Aurelius 1533.
Mesaortitis luetica, Jagié 1533.
Nephrose vor Ausbruch der Roseola, Lenormand 1593.
*Nephrosen, Rolle der Lues bei, Immerwahr 1154.
Nierenentzündung der Roseola vorausgegangen, Garriga 1690.
Organsyphilis, Richter 1729.
Parotis, luische Erkrankungen, Richter 1728.
Phlebitis, akute syphilitische, Morrow u. Epstein 955.
Zuckerkrankheit, syphilitische, Preis 1730.

11. Syphilis des Urogenitalapparates

Amenorrhoe, Asthenie und diarrhoische Zustände durch Lues, Milian 1593.
Harnblase, Syphilis, Niigata 1041.
— — Nikitin 1312.
Harnröhre, tertiäre Lues, Garriga 1629.
Hoden, tertiäre Syphilis, Langer 1844.
Menstruation, Einfluß der spezifischen, Kahn u. Smelow 1647.
Nebenhoden-Gumma, Arndt 1034.
Orchiepididymitis, Marcel 1130.
— tertiär-luetische, Masia 1222.
Prostata, Syphilis der, Pini 1486.
Schwangerschaftsalbuminurien, Einfluß der Syphilis auf, Vernier 1593.
Uterus, Syphilis des, Billig 1729.

12. Hereditäre Syphilis; erworbene Syphilis im Kindesalter; Syphilis und Ehe

Aktivierung durch spezifische Behandlung, Milian 964.
Ambardsche Konstante bei Lues hereditaria, Onfray 1534.
Amenorrhoe durch kongenitale Syphilis, Lucien Périn 1472.
Axiphoidie, Bedeutung für vererbte Syphilis, Landa 1968.
Azoospermie mit sekundären Geschlechtsmerkmalen, kongenitalsyphilitischen Ursprunges, Simon 1091.
Behandlung der angeborenen Syphilis, Müller 1312.
— — kongenitalen Syphilis, Heft 1968.
— — Neugeborenen, antisyphilitische, Klaften 1312.
Blutfermentstörungen bei syphilitischen Säuglingen, Tulbermann u. Lauda 1534.
Brustkinder, kongenitale Syphilis, Naneischwilin u. Wartavarowa 1313.
*Eheleute, Syphilis der, Jordan 1578.
Endokrine Drüsen bei Kongenitalsyphilitischen, Payennvill u. Caillian 1592.
Erbbiologisches zur Lues, Leven 1189.
Erbsyphilis mit lupiformen Hauterscheinungen, Radaeli 1720.
Exostosis multiplex auf Grund von Lues congenita, Winogradow 1970.

Digitized by Google

Familiäre Syphilisinfektion, de Favento 1695.
Floride Erscheinungen bei kongenital Syphilitischen von 63 Jahren, Audry 1476.
Häufigkeit der kongenitalen Syphilis, Péhu u. Brochier 1815.
Hereditäre Syphilis, Stand der Lehre, Jasaitzkij 1603.
Herzkrankheiten und kongenitale Syphilis, Babonneix u. Delarue 1312.
Kältehämoglobinurie, kongenital luetische, Steinbock 1534.
Katalytische Schwankungen, Walter 1040.
Kinder, erworbene Syphilis, Atarow 1648.
Klavikula, Hyperostose des sternalen Endes der rechten, Hlgoumenakis 1594.
*Kongenitale Lues, Prolegomena zu einem Referat, Hoffmann 1907.
— Syphilis, McBride 1775.
Liquor bei angeborener Syphilis, Lauda u. Bojewskaja 1223.
Lues congenita tarda, Buschke 1033.
— — — Krantz 1954.
Lupusähnliches Syphilid bei Heredoluetikern, Lanteri 1487.
Mutter und Kind, Diagnose der Lues, Philipp 963.
— — — Lues bei, Heinsius 1630.
Nagelatrophie und Synechie, kongenitalsyphilitische, Ravaut u. Monnerot-Dumaine 1591.
Ostitis syphilitica der Neugeborenen, Mouchet 1534.
Plazenta, Syphilis der, Imparato 1313.
Poliomyelitis und Lues congenita, Alterthum 1313.
Prophylaxe der kongenitalen Syphilis, Rottmann 1192.
Reaktivierung anscheinend erloschener Syphilis durch Vereinigung blutverwandter Kongenitalsyphilitischer, Paucot 1974.
Schwangerschaft bei Syphilitikerinnen, Einfluß spezifischer Behandlung, Goldenberg 1534.
— und Syphilis, Katz 1974.
Seltene kongenital-luetische Erscheinungsform, Galli u. Ghetti 1485.
Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei syphilitischen Kindern, Behrmann u. Israelson 1535.
Sklerose, multiple, Beziehungen zur hereditären Lues, Redlich 1751.
Spastische Hemiplegie und Kongenitallues, Mikulowski 1313.
Stigmata der kongenitalen Syphilis, Keropjan 1258.
Syphilis congenita tarda, Schauloff 1686.
— kongenitale, Fall, McCord 1306.
VorgeburtlicheSyphilisbehandlung,Nabarro 1461.
Wutanfälle und kongenitale Syphilis, de Larminat 1603.

13. Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Syphilis

Abortivkur der Lues I seronegativa, Mergelsberg 1191.
Aktivierung der Syphilis durch Behandlung, Milian 1593.
Behandlung der frischen Syphilis, Ruge 963.
— — Syphilis, neue Prinzipien, Perelzweig 1654.
Einspritzungen, Technik, Milian 966.
Heilungsvorgänge im Lichte experimenteller Forschung, Bergel 1096.
Individualisierung der Luesbehandlung, Grünsberger 1597.
Maligne Syphilis, Behandlung, Kolokolow 1968.
Naturheilkunde und Syphilisbehandlung, Buschke u. Langer 964.
Primäre Syphilis, Behandlung nach verschiedenen Methoden, Bratzlawski u. P. Goldstein 1539.
Sozialer Schutz gegen die Syphilis, Barthélemy 1815.
Spezifisch-unspezifische Therapie der frühen Syphilis, Finger 1132, 1754.
Syphilisbehandlung, Anderson 1307.
— Clark 1307.
— Nikolskij u. Koshewnikow 1312.
— Ravogli 1307.
— Entwicklung, Grandjean 960.
Syphilistherapie, Almkvist, Heuck, Hoffmann, Juliusberg, Kerl, Linser, Lomholt, Manteufel, Müller, Perutz, Pohl, Rosenthal, Weise, Werther u. Worms 1309.
Syphilis eine heilbare Krankheit, Hoffmann 1312, 1688.
Therapie der Syphilis, immer wechselnde, MacBride u. Dennie 954.
— nichtkonstitutionelle Faktoren in der, Kiss 1132.

14. Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Infiltrate nach Hg- und Bi-Injektionen, Tarsis, Panow u. Wassiljewa 1587.
Quecksilberausscheidung, Cole, Gammel, Rauschkolb, Schreiber u. Sollmann 1307.
— histochemischer Nachweis in den Organen, Christeller u. Sammartino 1508.
Quecksilberpräparate von der Konstitution der Dioxydiamidoarsenobenzole, Miani 1695.
Quecksilberstomatitis, Maurel 1662.
Quecksilber- und Wismut-Stomatitis, Ruppe 1401.

Digitized by Google

15. Salvarsanbehandlung (einschl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis

Antisyphilitische Heilmittel, chemische Zusammensetzung, Raiziss 1306.
Arsendermatitis, mikrochemische Studien, Osborne 1775.
Arsen in der Haut bei Salvarsandermatitis, Memmesheimer 1945.
— ovale Anwendung, Lévy 1091.
— Speicherung im Gehirn, Engelmann 1755.
— Wirkung auf Spirochäten, Sazerac u. Vaurs 1751.
Arsenderivate, vergleichende Studien organischer, Ewins u. Everett 1949.
Arsenobenzol, biotrope Reaktion, Brunetti 1221.
— entgiftende Wirkung des Serums, Mazzini 1479.
— unlösliches, Tommasi 1695.
Arsen- und Wismut, Unzuträglichkeiten bei Augenerkrankungen, Abadie 1471.
Azetylarsan bei Fruhlues, Lloyd 1604.
— Zufälle, Dracoulidès u. Vejirtjis 1471.
Blutalkalireserve bei Arsenobenzolbehandlung, Sannicandro 1719.
Dermatitis durch Arsenobenzole, Nardelli 1481.
— exfoliativa durch Arsenobenzol, Nardi 1481.
Ephedrin zur Kontrolle von Arsphenaminreaktionen, Stokes u. Mrintyre 1776.
Exanthem nach ungenügender Spirozidbehandlung, Kumer 1299.
Fixiertes Exanthem nach Salvarsan, Margulis 1968.
Intravenöse Einspritzungen, Technik, Dietel 1092.
Lebererkrankungen, hydrotherapeutische Maßnahmen, Tommasi 1222.
Leberfunktion während antisyphilitischer Behandlung, Fröhlich 1724.
Lichen ruber nach Salvarsan, Löhe 1035.
Melanodermie und follikuläre Keratose nach Salvarsan, O'Donovan 1093.
Myosalvarsan, de Rudder 966.
— Fabry 966.
— Monacelli 1695.
— Pinkus 1755.
— Ullmann 1402.
— klinische Beobachtungen, Schumacher u. Pachur 1197.
— Resorption, Kopstein 1755.
— Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut, Nathan u. Munk 1539.
Neoarsphenamin bei Neurosyphilis, Gordon 1306.
Neojakol, Marras 1478.
Neosalvarsan, intraperitoneal, Grulee, Sanford u. Waldo 965.
— Wirkung auf das Blut, Ekerfors 1402.
Neurosyphilis, Behandlung mit Tryparsamid, Lorenz-Madison 1540.
Orale Anwendung des Arsens, Lévy-Lenz 1091.
— Behandlung der Frühsyphilis, Levy-Bing u. Barthélemy 1093.
Retikuloendothel, Salvarsanwirkung, Schumacher 1193.
Russische Stovarsolpräparate, Efron u. Lipskerov 1128.
Salvarsan, histochemische Methode zur biologischen Untersuchung, v. Jancso jr. 1604.
— Nebenerscheinungen, Kaplun u. Schönfeld 1539.
— Schädigungen der Jahre 1923/1925 1654.
— und retikulo-endotheliales System, Jimenez de Azua u. Kuhn 1603.
— — Wismut, Betrachtungen, v. Kolkow 1402.
Salvarsanbehandlung, Feuerstein 965.
— Wiegand 965.
— mit Syphilis kombinierter Hauttuberkulose, Beck 1091.
Salvarsandermatitis, Arndt 1842.
Salvarsanexanthem, Kren 1298.
Salvarsanexantheme, Wasserbett zur Behandlung, Arzt 1539.
Salvarsan-Ikterus, 2058 Fälle von katarrhalischem, Ruge 1848.
Salvarsanprophylaxe, Dreyer 1168.
Salvarsanschäden, Prophylaxe, Besproswannaja 1539.
Salvarsanüberempfindlichkeit, Riehl jun. 1459.
Spirozidbehandlung der Säuglingslues, Krombach 1756.
Spirozidexanthem, Kren 1298.
Stomatitis nach Salvarsan, Barbier 1471.
Stovarsolpräparate, russische, Jakubson 1969.
Sulpharsphenamin, Gans u. Asnis 1091.
Therapieresistente Lues, Ledermann 1843.
Treparsol, Apoplexie nach, Milian u. Garnice 1814
Trypanosomozider Wert des Arsphenamins, Raiziss 1845.
Wismut-Arsphenamin-Sulphonat, O'Leary 1540.

16. Wismutbehandlung der Syphilis

Akroerythrodermie infolge Wismutinjektion, Marchisio 1483.
Bismogenol, Michailow u. Naumowa 1402, 1603.
*Bismogenoltherapie, fünf Jahre, Grünberg 1675.

Digitized by Google

Dermatitis vesiculosa, Sainz de Aja 1130.
Herpes nach Wismut, Sainz de Aja u. de la Puerta 1130.
Infiltrat nach Hg- und Bi-Injektionen, Tarsis, Panow u. Wassiljewa 1540.
Intermittierende Behandlung mit Wismut, Galliot 1037.
Intravenöse Injektionen von Wismut, Klauder 955.
Kaliumwismuttartrat, lokale Störungen nach Gammel 1844.
Präventivwirkung des Wismuts bei experimenteller Syphilis, Levaditi, Sanchis-Bayarri u. Manin, Y. 965.
Scharlachartiges Erythem nach Wismut, Ishewsky 1968.
*Spirobismol solubile, Curth u. Curth-Ollendorff 1395.
Trepochinol, de la Portilla u. Tapia 1131.
Wismut, Ausscheidung, Engelhardt 1745.
— bei verschiedenen Syphilisformen, Faingold u. Oretschkin 1540.
— Dosierung, Bouillenne u. Dumont 1491.
— Durchgang durch die Meningen, Mutermilch u. Salamon 1492.
— in der Zerebrospinalflüssigkeit, Fraulini 1719.
— in Wassersuspension, Lomholt 1190.
— Nebenerscheinungen, Langer 1492.
— Speicherung im retikulo-endothelialen System, Califano 1492.
Wismutbehandlung der Syphilis, Rogg 1596.
Wismutkur, Störungen der Sexualsphäre, Ronchese 1479.
Wismutresistente Syphilis, Sutton 1306.
Wismutsalze, röntgenologischer Nachweis, Galliot 1623.
Wismuttherapie, Wert, Lavaditi u. Fournier 1492.
Wismutverbindungen, in Öl lösliche, Clément Simon, Bralez u. Demoly 1472.

17. Malariabehandlung der Syphilis (einschl. Fieberbehandlung)

Abgeschwächte Malariabehandlung, Horn u. Kauders 1541.
Fieberbehandlung in verschiedenen Stadien der Syphilis, Richter 969.
Impfmalaria, Spiethoff 1492.
— Anfangsfieber und Inkubation, Wethmar 1541.
— Bedeutung für die Frühsyphilis, Zieler 1541.
— Hämolyse nach Chininbehandlung, Westphal 968.
— Linksverschiebung der Neutrophilen, Spiethoff 968.
*— natürliche Übertragbarkeit der, Fischer 1292.
Impfmalaria und Wassermannsche Reaktion, Nagell u. Langhans 1493.
Kombination spezifischer Behandlung mit physikalischer, Juster 969.
Lues cerebri mit Impfmalaria behandelt, v. Sarbó 1542.
Malariabehandlung, Hescheles 968.
— Dauerbeobachtungen, Mucha u. Mras 1542.
*— der Frühlues, Kerl 1909.
*— — Frühsyphilis im Hinblick auf spätere postsyphilitische Erkrankung, Martini 1677.
— — Syphilis, Kritisches zur, Bering 1756.
— präventive, Gougerot 967.
Malariafieber, humoralpathologisches Bild, Kafka 1541.
Malariaheilwirkung, experimentelle Untersuchungen, Hotta 1541.
Malaria-quartana-Fieber bei Metalues, Kirschbaum 967.
Malariatherapie, Kundratitz 968.
— Wagner-Jauregg 967, 1540.
— bei Syphilis, Wagner-Jauregg 1591.
— der Metalues, Schulze 967.
Paralyse, progressive, malariabehandelte, Jakob 1756.
Paralytiker, Epikrisen malariabehandelter, Dattner 1542.
Paralyse, progressive, Malariabehandlung, Bunker u. Kirby 1492.
*Tertiärsyphilitische Erscheinungen nach Malariakur, Ritter 1290.
Zentralnervensystem, Behandlung der Syphilis des, Feldmann u. Gurfinkel 1542.

18. Sonstige Heilmittel bei Syphilis

Glutinkupfer, antisyphilitische Wirkung, Iwasa 1041.
Jod bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, Memmesheimer 1305.
Jodkali, zweckmäßige Darreichungsform, Lucke 1402.
Jodtherapie, interne, Bonnin 965.
Natriumthiosulfat bei Syphilis, Beinhauer 1308.
— — WR-fester Syphilis, Beinhauer u. Jacob 1308.
Quéry-Serum, Hahn 1193.
Rekurrens, Behandlung der Frühsyphilis mit, Wainstein u. Golossowker 1945.
Schwefelquellen und Syphilis, Flurin u. Blanc 1493.
Serumtherapie bei Syphilis, Bruck 964.
Tellur in der Syphilisbehandlung, Versari 1695.
*Unspezifische Behandlung der Syphilis, Perutz u. Rosner 1243.
Pjatigorsk, Syphilis und, Tschlenow 969.

Digitized by Google

Tabakextrakt bei Mäusen, wachstumerzeugende Wirkung, Helwig 1955.
Taschenmikroskop, Ebstein 1013.
Teeranaphylaxie und Migräne, Berg 1017.
Teerkrebs beim Kaninchen, spontane Heilung, Babès u. Serbanesco 1523.
— und Teerwarze beim Kaninchen, Babès u. Serbanesco 1523.
— Wirkung der Radiumstrahlen, Stoel 1173.
Teerpinselung bei Mäusen, Berghoff 1661.
Teleangiektasien, essentielle, Memmesheimer 1190.
*Thallium aceticum bei Haarpilzerkrankungen, Worsi 1153.
— —-Epilation, Kleinmann 1254.
— Behandlung der Pilzerkrankungen mit, Sacharewskaja u. Petrow 1526.
— — — — Vilonova 1688.
— bei Pilzerkrankungen, Marti 1202.
*— Entgiftung durch Natriumthiosulfat, Buschke 1833.
*— Experimente an stillenden Ratten, v. Vásárhelyi 1741.
— therapeutische Versuche, Buschke 1167.
*— und Haarregeneration, Peiser 1378.
— Vergiftung, Leigheb 1721.
Thalliumalopezie, Truffi 1038.
Thalliumazetat bei Mikrosporie, Mouzon 1202.
— neuroendokriner Zustand der Kinder, Balbi 1038.
Thalliumsalze, Depilation durch, Prieto 1130.
*Thalliumtherapie, Vermeidung der Komplikationen, Buschke, Duchan u. Joseph 1835.
*— — — — Mrongowius u. Duchan 1834.
Thalliumvergiftung, Teleky 1044.
— beim Kinde, Fuld 1827.
Thalliumvergiftungen, gewerbliche, Buschke 1558.
*Thalliumwirkung, Beeinflussung durch Hormone, Buschke u. Peiser 1115.
Thermokoagulation, endovesikale, Rosenburg 1501.
Thiosulfat in der Therapie, Kabelík 1815, 1816.
Tinea interdigitalis am Fuß, Sceoch 1956.
Toxicodermia phytogenes, Touton 1195.
Trachom, Einschlußblennorrhoe und Schwimmbad-Konjunktivitis, Siegrist 1496.
Traubenzuckertherapie bei röntgenbestrahlten Neubildungen, Füllsack 1198.
Trichoepithelioma, Fujiwara 1041.
Trichoklasie, idiopathische, Marcoglou 1090.
Trichomycosis palmellina, de Gregorio 1131.
*Trichophytid, Fall von, Blut 1109.
Trichophytid nach Kerion, Milian, Clément, Launay u. Photinos 1472.
Trichophytie am Rücken, Louste u. Berton 1001.
— Behandlung, Mac Leod 1202.
— der Füße, Jacobson 960.
— — Nägel, Fischer 1034.
— — — Heller 1034.
— des Bartes, Arndt 1842.
— Epidemie durch Trichophyton niveum radians, Ravaut 1525.
— generalisierte faviforme, Golay 1592.
— — pustulöse nach Kerion, Milian u. Photinos 1594.
— Microsporum lanosum bei, Martins 1201.
— zuckerhaltige Einspritzungen bei, Rosenthal 1632.
Trichophytielehre, neue Tatsachen, Pélévine u. Tschernogouboff 1590.
Trichophyton granulosum, Lichenifikation, Milian u. Photinos 1000.
— gypseum, Kulturen, Brocq-Rousseau, Urbain u. Barotte 1662.
— violaceum bei Affen, Catanei 1662.
Trichophytonarten, gleichzeitige Infektion mit drei, Karrenberg 1255.
— Impfversuche, Ehara 1041.
Trichotillomanie, Galewsky 1169.
*— Karrenberg 1731.
Trophische Hautstörungen, Buchbinder 1878.
Trypaflavin, Hautausschlag nach, Mucci 1694.
— und Lichttherapie, Konrad 1189.
Trypanid, Chevallier u. Lévy 999.
Tuberculosis verrucosa cutis, Haack 1250.
— — disseminata, Nowotelnow 1649.
— — bei einem Kinde, Roederer u. Woringer 1468.
Tuberkelbazillen-Filtrat, mit — geimpfte Meerschweinchen, Popper u. Raileanu 1256.
— Haut und, Jesionek 1189.
— Kolbenkranzbildung um tote, Meyer 1528.
Tuberkelbazillenkulturen, Bestimmung der Keimzahl, Blumenberg u. Wiening 1957.
Tuberkelbazillennachweis, Kapeller 1702.
Tuberkelbazillus, Einwirkung der Flüssigkeit tuberkulöser Pleuritiden auf den, Courmont u. Gardère 1726.
Tuberkulid bei Morbus Basedow, Bertaccini 1480.
— papulonekrotisches, Radaeli 1220.
— — Rusch 1454.
Tuberkulide, Behandlung mit Triphal, Gonzales 1690.
— Mitaffektion der Schleimhaut, Scholnik 1531.

Digitized by Google

Tuberkulide, papulonekrotische, Rusch 1809.
Tuberkulindiagnostik, kutane, Koenigsfeld 1230.
Tuberkulin, Empfindlichkeit gegen, Nasta 1530.
— Erhaltung erhöhter Empfindlichkeit, Kaiser 1529.
— -Kutireaktion, Saleur u. Mosinger 1530.
— Sensibilisierung von Meerschweinchen gegen, Keller 1728.
— Wirkung der Röntgenbestrahlung auf, Abramowitsch u. Rabuchin 1958.
Tuberkulinempfindlichkeit, Wirkung der ultravioletten Strahlen auf, Nasta u. Blechmann 1515.
Tuberkulinproblem, Hämel 1957.
— Koch 1529, 1957.
Tuberkulin-, Trichophytin- oder Quecksilberüberempfindliche und Antigene, Frei 1016.
Tuberkulöse Geschwüre, epitheliomähnliche, Arawiskij 1223.
— Hautgummen, Ramond 1256.
— Infektion unter Ehegatten, Koopmann 1600.
Tuberkulöser Primäraffekt der Oberlippe, Duken 1530.
*Tuberkulose, Abwehrvorgänge bei Superinfektion mit, Wichmann 1897.
— Aurophos bei, Konczvald 1256.
— der Haut, Antivirusbehandlung, Arzt 1164.
— — — Immunität, Linser 1530.
— — — und der Eingeweide, Cappelli 1720.
— — — Untersuchungen mit Filtraten von, Manganótti 1719.
— — — Zusammenhang mit Tuberkulose innerer Organe von Blinden, 1530.
— — Lippen, Sackenreiter 1467.
— des Mundes, Laband u. Hartung 1662.
*— der Nasenschleimhaut, Wichmann 1282.
— — Unterschenkel, Arndt 1034.
— — Wangenschleimhaut, Matras 1302.
— des weiblichen Genitales, Halter 1554.
— durch Zirkumzision, Fedders 1547.
— Exantheme bei, Josefson u. Malmgren 1530.
— Impfung der Neugeborenen mit B.C.G., Bàron 1957.
— in Apulien, Jaja 1223.
— intrakutane Schweißinjektionen, Dorn 1529.
— kulturelle Diagnostik, Dimtza 1726.
— lokales Blutbild, Helmreich 1529.
— perianale, Favre u. Gaté 1128.
— primäre Infektion der Haut, Wichmann 1196.
Tuberkulose, prophylaktische Impfung gegen, Poix 1727.
— spontane Kaninchen-, Meyn 1749.
— zelluläre Bakteriolyse, Paraf 1726.
Tumoren durch Kohlenteer, Shimoda 1649.
— Entstehung histologisch neuer — nach Impfung mit bösartigen Geschwülsten, Lewin 1854.
— Wismut bei, Zadik 1174.

Überempfindlichkeitskrankheiten, Gutmann 1824.
— Munter 1824.
Über- und Unterempfindlichkeit des vorbehandelten Kaninchens, Kanisawa 1971.
Ulcera an den Beinen bei Lues, trophische, Haak 1878.
— cruris, Pyoctaninlinktur und Pellidol-Bolussalbe, Tenenwurzel 1523.
— hypergica der Ohrmuschel, Delbanco 1871.
Ulcus cruris, ambulante Behandlung, Gibson u. Sommerford 1851.
— — Sulfofix bei, Kerb 1172.
— molle am Finger, Arndt 1034.
— — am Penis und Zeigefinger, Buschke 1842.
— — Antigenbehandlung, Rivalier 1593.
— — Epidemiologie, Fränkel 1493.
— — Jodoformeinspritzungen, Gjorgjevitch u. Bugarsky 1625.
— — Nicollesche Vakzine, Levi 1489.
— — Nicolle-Durandsche Vakzine bei, Contera u. Tapia 1628.
— — — — — Covisa u. Prieto 1628.
— — — — — Forns u. Roldau 1690.
— — örtliche Behandlung, Barthélemy 1129.
— — seit 4 Jahren bestehend, Rigo 1220.
— molle, Statistik und Klinik, Sinari u. Schapiro 1543.
— —-Vakzine, Stümpke 1194.
— — — Podestà 1221.
— — Vakzinetherapie, Garriga 1689.
— — — Tarantelli 1479.
— — und Frauenemanzipation, Spindler 1063.
— tropicum, Wehrle 1659.
*— vulvae acutum, Glaubersohn 1766.
— — — Matras 1813.
— — — Roederer u. Sloimovici 1129.
Ultraviolettabsorption und chemische Konstitution, Behaghel, Rothmann u. Schultze 1071.
Ultraviolettdosierung bei Hautkrankheiten, Thedering 1074.
Ultraviolettdurchlässiges Glas, Dorno 1559.
Ultraviolette Strahlen, Anwendung und Indikationen, Lobligevis 1560.
— — Beeinflussung des Blutdruckes, Garot 1073.

Digitized by Google

Ultraviolette Strahlen, Einfluß auf die Atropinprobe am Herzen, Garot 1073.
— — haarwuchsfördernde Wirkung, Louste u. Juster 1476.
— — Leukozyten beim Meerschweinchen, Nasta u. Blechmann 1514.
— — Meßgerät zur Dosierung, Rajewsky 1560.
— — und Zellteilung, Reiter u. Gábor 1071.
— — Wirkung auf das parasympathische Nervensystem, Garot 1073.
Ultravioletter Licht, durchlässiges Fenster, Pfund 1849.
Ultraviolettlicht, Biologie, Schall u. Alius 1072.
— Einfluß auf Produktivität des Industriearbeiters, Punch u. Wilkinson 1515.
— Wirkung auf die Haut, Keller 1072.
Ultraviolettlichtquellen, quantitative Studie, Goodmann u. Anderson 1096.
Ultraviolettmessungen mit Cadmiumzelle und Elektrometer, Rüttenauer 1096.
Ultraviolettstrahlentherapie, Cumberbatch 1830.
Ultraviolettstrahler und -filter, Daunmeyer 1074.
Unterschenkelgeschwür und Verbrennungen mit Polysan, Janoušek 1817.
Untersuchungsmethoden in der Dermatologie, Urbach 1687.
Ureter, seltene Geschwülste, Takhashi 959.
— Verengerungen durch Geschwülste, Grauhan 1947.
— Wirkung aktiver Substanzen, van Slijpe 1503.
Ureterkarzinom, Player 1588.
Urethra, Karzinom, Fukai 1650.
Urethraldefekte, operative Behandlung, Key 1782.
Urethritis des Mannes, chronische, Brack 1003.
— durch denaturierten Alkohol, Novy 959.
*— non gonorrhoica, Behandlnng der, Frühwald 1127.
— saccharomycotica, Preis u. Forró 1500.
— und Zystitis durch B. coli bei Frauen, Fabre 1003.
— unspezifische, Polyarthritis nach, Paetzel 1004.
Urinretention, experimentelle Studie, Shigematsu 1067.
Urologie, Handbuch, Nicolich 1133.
Urologische Beobachtungen, Frank 1589.
— Krankheiten, Therapie, Paetzel 1513.
Urologisches Empfangszimmer, Aseptik, Semenjako 1648.
*Urotropin-Dermatitis, Broers 1151.
Urticaria, Alkali gegen, Schreus 1193.
— Behandlung, Burwinkel 1139.
— — Menagh 1139.
Urticaria chronica und Vitiligo, Arndt 1842.
— durch Kälte, Del Vivo 1221.
— experimentelle Quaddel, Walzer, A. u. M. 1308.
— papulosa, Freund 1036.
— pigmentosa, Fraser u. Richter 1090.
— — Halban 1297.
— — Kerl 1456.
— — mit spätem Beginn, Pautrier, Diss u. Walter 1467.
— — Pathologie, Török 1589.
Urtikarielle Erkrankungen im Kindesalter, Cohn 1517.
Uterus und Vagina, Hinkle 973.
Uterusinterposition, Incontinentia completa, Stoeckel 1217.

Vagina, Dauerspülungen, Joachimovits u. Schwarz 1503.
— Fraenkelscher Gasbazillus in der, Schubert 1553.
— Fremdkörper in der, Ray Jones 1463.
— Influenzabazillen in der, Timochina 1040.
Vaginale Resorptionsversuche, Schönfeld 1193.
Vakzine-Enzephalitis, Gins 1229.
Vakzine- und Herpesvirus, Nachweis mittels Koktoantigen, Gildemeister u. Heuer 1527.
Vakzinevirus, Bedeutung des Retikuloendothels, Goldmann 1527.
— im Blute, Gildemeister u. Heuer 1229.
Vakzinale Enzephalitis, Levaditi, Lépine u. Troisier 1658.
— Erkrankungen des Zentralnervensystems, Winkler 1527.
— Meningitis serosa, Saxby Willis 1699.
Vakzination, Encephalitis, Aldershoff u. Pondman 1657.
Vakzinationsbehandlung von Besredka, Declich u. Ciani 1480.
Variola, örtliche Hautimmunität, Lesné u. Dreyfus 1229.
Variköse Geschwüre, Behandlung mit ultraviolettem Licht und Zinkleimverbänden, Colebrook 1517.
— Geschwüre, Chinineinspritzungen, Paterson Brown 1634.
— — intravenöse Einspritzungen 1949.
— Venen, chemische Verödung, Schussler 1517.
Varikozele, sklerosierende Einspritzungen, Bacharach 1502.
Varizellen, gangränöse Geschwüre, Kondo 1228.
Vas deferens bei Geschlechtstuberkulose, prophylaktische Unterbindung des, Ssolowoff 1785.

Digitized by Google

Vasomotorische Reflexe der Haut, Jasnitzkij u. Nikitin 1223.
Venerismus bei Seeleuten, Bortschewsky 1648.
Venerologie in soziologischer Hinsicht, Nékám 1042.
— soziale, Grshebin 1649.
— — Platowsky 1040.
Venerologisches Dispansär in Konstantinowka am Don, Galenkin 1649.
*Veramonexanthem, Gross 1638.
*— Haas 1050.
Verbrennung am Kopfe, chemische, Toschkoff 1685.
— im Trichloräthylenrausch, Riehl jun. 1302.
Verbrennungen, Acidum tannicum gegen, Gordon 1141.
— Morphologie des Blutes, Avoni 1491.
Vererbungsbiologie und Medizin, Siemens 1823.
Verrucae disseminatae, Santalow 1968.
Verrucosis, generalisierte, Glaubersohn 1467.
Virilismus, suprarenalis, Winkel 1145.
Vitiligo, Bruhns 1035.
— bei einem Neger, Abascat 1646.
— höhensonnenbestrahlte, Ritter 1248.
— retikulierte, Christoph 1065.
*Vulvitis, hämorrhagische von Lipschütz, Karyschewa 1157.

Wärmestrahlen, leuchtende, Wichmann 1096.
Wangenplastik, Joseph 1136.
Warzen, Behandlung mit Salizylquecksilberemulsion, Berger 1039.
— — — Solutio Fowleri, Ullmann 1455.
— Heilung durch Suggestion, Karrenberg 1171.
Wasserverschiebung in der Haut, Königstein 1064.
Wismut als Diuretikum, Mertens u. Hanzlik 1827.
Woodsche Strahlen, Wert für die Kriminalistik, Gassul 1515.
Wunden, Heilungsschwierigkeiten, Lorin-Epstein 1171.
Wundsalbe, Röhms, Basmann 1141.

*Xanthom, Klinik und Histologie, Olesoff u. Selisky 1787.
Xanthoma diabeticum, Blumenthal 1035.
— glycaemicum, Delbanco 1872.
Xanthomatosis bei Cholesterinämie, Pinkus 1034.
Xanthome beim Diabetiker, Haak 1877.
Xeroderma pigmentosum tardivum, Rollin 1876.
— — ungewöhnliche Besserung, Foulke Corson u. Crozer Knowles 1846.
Xeroformemulsion, Eschara nach Injektion, Chodorow 1970.

Zentrodermatosen, Lipschütz 1748.
Zephalosporium, Benedek 1749.
— Grütz 1749.
Ziegenleder-Moulagen, Toomey 1305.
Zisternen- und Lumballiquor bei Hautkrankheiten und Tripper, Schönfeld 1754.
Zopfabschneider, Psychologie, Harnik 1010.
*Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen, Urbach 1883.
Zungenkrebs, Moure 1470.
Zungensarkom, Strahlenbehandlung, Simons 1562.
Zwillingspathologischer Beitrag, Hartmann u. Stumpfl 1824.
Zyanosen, Klassifikation, Delater u. Hugel 1136.
Zystalgie und Bakteriurie, Perrier 1219.
— bei der Frau, Dalsace 1067.
— Pathogenese, Marion 1067.
Zysten des Handgelenks, Meyer 1471.
Zystitiden, Bakteriologie, Baron 1626.
— Durchspülungstherapie, Goldberger 1217.
— Umkehrung der Harnazidität, Goldberger 1219.
Zystitis, Behandlung der tuberkulösen, David 1500.
Zystizerkus der Subkutis, Truffi 1489.
Zystoskop, Vorbedingung für Ureterenkatheterismus, Werboff 1948.
Zystoskopie, Apparat, Jahr 1948.
— zum 50jährigen Jubiläum, Casper 1948.

Digitized by Google

Namenverzeichnis

* bedeutet Originalarbeit

Abadie, Ch., Unzuträglichkeiten der Arsen- und Wismutverbindungen bei Augenerkrankungen 1471.
Abascat, H., Vitiligo bei einem Neger 1646.
Abelsdorff, G., Behandlung der tabischen Schnervenatrophie 964.
*Abimélech, R., Formalindämpfe bei Urethritis 1716.
— — Leishmaniose in Konstantinopel 1466.
Abraham, L. s. Friedemann, U.
Abramowitsch, Th. u. Rabuchin, J., Wirkung der Röntgenbestrahlung auf Alttuberkulin 1958.
Abrin, S. G., Kasuistik der Präputialsteine 1547.
Achundow, Schwere Knochensyphilis 1969.
Adams, Walter Booth 1830.
Adelmann, P., Gonakrine bei gonorrhoischem Rheumatismus 1219.
Adigesalow, Lichen spinulosus 1969.
Adkisson, A. s. Kingery, L. B.
Aitoff, M., Beitrag zum Studium des Gonokokkus 1757.
Albrecht, B., Syphilisinfektion bei Hund, Schaf, Ziege und Lama 1164.
— O., Sexuelle Übererregbarkeit bei Hirntumor 1820.
Aldershoff, H. u. Pondman, A. B. F. A., Enzephalitis nach Vakzination 1657.
Alexander, A., Seltene Soorformen 1164.
Alexandroff, Luetische Meningitis basilaris 1684.
— Prurigo Hebrae 1684.
Alexejewa, A. s. Schirwindt.
Aljawdin, Senkungsreaktion und WR 1970.
Alius, H. J., Röntgensarkom 1830.
— — — s. Schall, L.
Allan, F. N., Antitoxinbehandlung des Erysipels 1144.
Allemann, A., Diaz, ein Pionier der Urologie 959.
Allgeyer, V. 1018.
Allison s. Peters.
Almkvist, J., Geschlechtskrankheiten in Schweden 960, 1821.
— — Heuck, W., Hoffmann, C. A., Juliusberg, F., Kerl, W., Linser, P., Lomholt, S., Manteufel, P., Müller, H., Perutz, A., Pohl, J., Rosenthal, O., Weise, W., Werther, J. u. Worms, W., Syphilistherapie 1279.
Alterthum, Lues congenita und Poliomyelitis 1313.
Amesse, J. W. u. Barber, W. W., Meningitis bei Kindern 1307.
Andersen, E. u. Kohlmann, G., Röntgenkater 1102.
Anderson, A. L., Syphilisbehandlung 1307.
— W. T. s. Goodman, H.
André-Léri u. Lièvre, J. A., Naevo-Karzinom 1476.
Andresen, P. H., Einfluß von Metallsalzen auf die Entwicklung der Bakterien 1508.
Andrews, E. s. Senear, J. E.
Anfimow, Bedeutung eines Traumas für Neurolues 1313.
Antonoff, Extragenitaler Primäraffekt 1684.
Arakelow u. Petrosjantz, Geschlechtskrankheiten bei Gefangenen 1041.
Arawiskij, Epitheliomähnliche tuberkulöse Geschwüre 1223.
Archambault, G. u. Marin, A., Elektrodessikation in der Dermatologie 1624.
Area Leao, A. E. de, Intrakutanreaktion bei Aktinomykose 1526.
— — — — — s. Fonseca, O. da.
Armuzzi, G., Experimentelle Superinfektion mit Syphilis 1691.
— — Lupus erythematodes des Lippenrandes 1485.

Digitized by Google

Armuzzi, G., Rhus-Dermatitis 1722.
— — Streptobazillus Ducrey und Hautallergie 1721.
— — Superinfektion bei Kaninchensyphilis 1197.
— 1693.
Arndt, Acrodermatitis continua 1036.
— Adenoma sebaceum 1842.
— Allgemeine Sklerodermie 1842.
— Basalzellenepitheliom 1034.
— Basalzellenepitheliom der Schläfe 1842.
— Fox-Fordycesche Krankheit 1034.
— Gumma des Nebenhodens 1034.
— Koilonychie 1034.
— Lichen planus 1033.
— Lichen planus universalis 1034.
— Lichen ruber follicularis 1034.
— Lichen sclerosus 1842.
— Lichen syphiliticus 1033.
— Lues praecox 1034.
— Lupus erythematodes und Tuberkulid 1034.
— Lues maligna 1036.
— Lupus miliaris 1036.
— Lupus vulgaris und Scrophuloderm 1033.
— Melkerknoten 1036.
— Möllersche Glossitis 1842.
— Mycosis fungoides 1034.
— Parapsoriasis 1034.
— Pemphigus foliaceus 1033.
— Pityriasis rubra pilaris 1034.
— Purpura anularis 1034.
— Salvarsandermatitis 1842.
— Trichophytie des Bartes 1842.
— Tuberkulose der Unterschenkel 1034.
— Ulcera mollia 1034.
— Urticaria chronica und Vitiligo 1842.
— 1035.
Arnett, J. H., Herzgefäßbefunde bei Frauen mit Syphilis 1729.
Arning 1246, 1247, 1249, 1250, 1874, 1918, 1926.
Aron, E., Allergenfreie Kammern 1825.
Artom, Reaktionsfähigkeit der Haut bei Syphilis 1692.
— M., Acanthosis nigricans 1481.
— — Azidosis und Hautleiden 1719.
— — Frühsyphilitische Fazialislähmung 1221.
— — u. Fornara, P., Sklerodermie im Kindesalter 1488.
Arvanitakis s. Zimmern, A.
Arviset s. Pérard.
Arzt, L., Antivirusbehandlung der Hauttuberkulose 1164.
— — Bäderbehandlung des Juckreizes 1141.
— — Hautkrankheiten im sozialen Leben 1507.
*— — Liquorbefunde bei tertiärer Haut-Schleimhaut-Lues 1915.
Arzt, L., Mycosis fungoides 1303.
— — Pagets disease 1814.
— — Wasserbett zur Behandlung der Salvarsanexantheme 1539.
— — Zwischenfälle bei Antivirustherapie 1303.
— — 1871, 1914, 1918, 1974.
Aschheim, S. s. Zondek, B.
Asnis, E. J. s. Gans, S. L.
Alarow, Erworbene Syphilis bei Kindern 1648.
Aubertin, Ch., Antisyphilitische Behandlung Herzkranker 1605.
Audry, Ch., Floride Syphiliserscheinungen bei kongenital Syphilitischen von 63 Jahren 1476.
— — Mycosis fungoides 1476.
— — u. Viev, Schankervakzine (Dmelcos) bei Lepra 1476.
— J., Syphilis und Befreiung von Abgaben 1127.
Aulagnier s. Gaté, J.
Aurelius, J. R. s. Moore, A. B.
Aurian, C. s. Popovici-Lupa, M.
Avella, P. s. Damaye, H.
Avoni, A., Morphologie des Blutes bei Verbrennungen 1491.
Axmann, H., Ambulatorische Lupusbehandlung 1256.

Baasch, J., Aphthenkrankheit 1661.
Babès, A. u. Serbanesco, L., Spontane Heilung des Teerkrebses beim Kaninchen 1523.
— — — — — Teerkrebs und Teerwarze beim Kaninchen 1523.
Babonneix, L. u. Delarue, Herzkrankheiten und kongenitale Syphilis 1312.
Bach s. Westphal, A.
Bacharach, A., Behandlung der Varikozele mit sklerosierenden Einspritzungen 1502.
Badelt, E., Innere Behandlung von Hautkrankheiten 1827.
Badrian 1843.
Baensch u. Finsterbusch, R., Behandlung mit Kathodenstrahlen 1100.
Baeyer, H. v. u. Dittmar, O., Steigerung der Erythemwirkung durch Schmierseife 1046.
Bailly, J. s. Remlinger, P.
Balassa, B., Dermosalvan 1133.
Balban, Pityriasis rosea 1809.
Balbi 1693.
— E., Neuroendokriner Zustand der Kinder, die mit Thalliumazetat behandelt sind 1038.
— — Schambergsche Krankheit 1723.
— — Superinfektion mit Syphilis beim Menschen 1692.

Digitized by Google

Balbi, E. u. Ravalico. M., Kochsalzstoffwechsel beim Pemphigus 1693.
Ballmann, E., Triphal bei Psoriasis 1519.
Balog, L., Gonorrhoe des Mannes 1462.
— P., Behandlung des Lupus mit Neosalvarsan 1587.
Balozet, L. u. Lepinay, E., Bakteriologisches Prinzip gegen die Gonokokken 1219.
Balthazard s. Jeanselme.
Barbaglia, V., Benzoinprobe nach Starobinski 1489.
— — Fettstoffwechsel bei Psoriasis 1722.
— — Übergang des Quecksilbers in den Liquor 964.
Barber, H. W., Morphaea mit nervenwurzelmäßiger Verteilung 1777.
— — — Streptothrixinfektion 1777.
— — — Zwei Fälle von Sarkoid 1464.
— T. H. T., Injektionsbehandlung von Varizen 1139.
— W. W. s. Amesse, J. W.
Barbier, Georges, Stomatitis nach Salvarsan 1471.
Barclay, A. E., Gefährdung des Röntgenologen 1829.
Barnett, A. M., Milch-Proteineinspritzungen bei Epididymitis 1688.
Bard, L., Syphilis als Faktor der Rassendegeneration 1588.
Bardachzi, F., Röntgenbehandlung entzündlicher Komplikationen der Scharlacherkrankung 1098.
Báron, J., Serologische Pipette 1312.
— — Impfung der Neugeborenen gegen Tuberkulose mit B.C.G. 1957.
Baron, P., Bakteriologie der Zystitiden 1626.
Barotte, J. s. Brocq-Rousseau.
Baruch, F., Müllersche Ballungsreaktion 1753.
Barthélemy, R., Eigenblutbehandlung bei Lichen planus 1623.
— — Hyperkeratose der Extremitäten in der kalten Jahreszeit 1951.
— Örtliche Behandlung des weichen Schankers 1129.
— Purpura des Gaumensegels „e vacuo" 1625.
— R., Sozialer Schutz gegen die Syphilis 1815.
— — Unterlassung jeder Prophylaxe gegen Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten 1476.
— — s. Lévy, A.
Barmann, Röhms Wundsalbe 1141.
*Bassewitz, E. von, Urethritis leprosa 1709.
Bastai, P., Tuberkulinanergie bei Lymphogranulom 1972.
Bauer, J., Pubertätsreifung durch Hodenimplantation 1005.
— — Brustschmerz der Luetiker 1312.
Bazzoli, L., Schweinerotlauf und Erysipeloid 1485.
Beasley, J. E. s. Glasser, O.
Beck, J. s. Douris, R.
— S. H., Salvarsanbehandlung bei mit Syphilis kombinierter Hauttuberkulose 1091.
Becker-Mannheimer 1907.
Beckett-Overy, H. 1950.
Beer, E., Perinephritische Abszesse 1218.
Beger, H., Primeln, Haut- und Augenschädigungen 1828.
Behaghel, O., Rothman, St. u. Schultze, W., Ultraviolettabsorption und chemische Konstitution 1071.
Behnken, H., Französische und deutsche Röntgeneinheiten 1562.
— — Röntgendosiseinheit 1561.
Behrmann u. Israelson, M., Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei syphilitischen Kindern 1535.
Bejarano, J., Serum gegen Gangrän 1130.
— — s. Covisa, J. S.
Beinhauer, L. G., Natriumthiosulphat bei Syphilis 1308.
— — — u. Jacob, F. M., Natriumthiosulphat bei WR-fester Syphilis 1308.
Beirach, Moorbehandlung der männlichen Gonorrhoe 1649.
Belgodère, Gonorrhoe der Homosexuellen 1477.
Belote, G. H., Tätowierung und Syphilis 1844.
Beloussow, Karzinom des Penis 1039.
*Benedek, T., Experimentelle Schizosaccharomykose 1890.
— — Schizosaccharomykose 1748.
— — Zephalosporium 1749.
*— — Züchtungsverfahren des Schizosaccharomyces hominis 1203.
— 1878.
*— — u. Frühwald, R., Fall von Schizosaccharomykose 1566.
Benjamowitsch u. Maschkilleison, Anetodermia erythematosa 1040.
— E. u. Maschkilleisson, L. N., Anetodermia erythematosa 1253.
Benoist, F. s. Sézary, A.
Beraud, M., Rolle der Syphilis bei Herzgefäßkrankheiten 1602.
Berczeller, A., Einfacher Nährboden 1014.
*Berde, K. v., Hydrogensuperoxyd als Schälmittel 1315.
*— — — Therapie des Hautsoor 1796.
— — — u. Szentkirályi, S. v., Dermatophyten der ungarischen Tiefebene 1066.

Digitized by Google

Berenstein, B. M., Röntgenbehandlung von Haarpilzerkrankung 1847.
Beretvás, L., Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Seren 1275.
Berg, W., Teeranaphylaxie und Migräne 1017.
Bergel, S., Biologie und Färbung der Spirochäte 1751.
— — Biologische Bedeutung des Fibrins für Hauterkrankungen 1305.
— — Experimentelle Kaninchensyphilis 1164.
— — Heilungsvorgänge im Lichte experimenteller Forschung 1096.
Berger, D., Behandlung der Warzen mit Salizylquecksilberemulsion 1039.
— J., Ulzero-nekrotische Glossitis bei Scharlach 1527.
— L., Hodenzwischenzellen 1005.
Berghoff, W., Teerpinselung bei Mäusen 1661.
Bering, F., Kritisches zur Malariabehandlung der Syphilis 1756.
Berman, L. S. s. Schimanko, J. J.
Bernay, A., Ultraviolette Strahlen bei Behandlung von Krankheiten der Harnröhre 1463.
Bernhardt, E., Hämolytische Streptokokken in Scharlachklassen 1698.
— H. s. Strauch, C. B.
— — u. Strauch, C. B., Behandlung inoperabler Tumoren mit Isaminblau 1197.
Berns s. Habermann.
Bernucci, F., Superinfektion mit Syphilis 1692.
— — s. Bizzozero, E.
— J. s. Bizzozero, E.
Beron, B., Acanthosis nigricans 1684.
— — Immunserum bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen 1165.
— — Lues papulosa circinata 1684.
— — Neurodermitis mit Vitiligo 1685.
— — 1018.
Bertaccini, G., Alkalireserve bei Hautleiden 1719.
— — Alkalireserve im Blut bei Hautleiden 1038.
— — Atrophisierende Alopezie 1221.
— — Endokrine Störungen in der Ätiologie des Pemphigus 1491.
— — Tuberkulid bei Morbus Basedow 1480.
— 1693.
Bertarelli, Ambrogio 1146.
Berton s. Louste.
Besproswannaja, Prophylaxe und Therapie der Salvarsanschäden 1539.
Bessel-Lorck, Olobintin in der Dermatologie 1512.
Bettmann, S., Angiokeratome und keratotische Angiome 1165.
Beyer, F., Gonorrhoebehandlung mit Malaria 1497.
Biberstein, H., Atropinüberempfindlichkeit 1252.
Bier, A., Immunität durch Glüheisen 1043.
Billig, H., Syphilis des Uterus 1729.
Bircher, E., Therapie der Röntgenschädigungen 1101.
Birkett, G. E., Radiumbehandlung beim Karzinom des Mundes 1598.
Biró, E., Verhalten bösartiger Geschwülste gegenüber verschiedenen Röntgenstrahlenmengen 1198.
Bizard, L., Behandlung des Ekzems mit grauem Öl 1659.
— u. Maisler, Gasdilatation nach Maisler 1497.
Bizzozero, E. u. Bernucci, J., Allergie und Superinfektion bei Syphilis 1778.
— — — — F., Superinfektion bei Syphilis 1692.
Blair, J., Chromulzera 1558.
— — u. Yarian, N. C., Zwei Fälle von Sporotrichosis 1697.
Blamoutier, P. s. Valléry-Radot.
Blanc, L. G. s. Flurin, H.
Blatt, P., Experimentelle Hydronephrose 960.
Blechmann, M. s. Nasta, M.
Bloch, B., Allergie, Anaphylaxie und Idiosynkrasie in der Dermatologie 1509.
— T., Behandlung von Lupus vulgaris durch Mineralsalze per os 1958.
Blöch, J., Pathogenese der Purpura haemorrhagica 1137.
*Blotevogel, W., Kastrationsfolgen 1299.
Blüth, Dariersche Dermatose 1880. 1881.
— Lupoid Boeck 1881.
— Naevus 1881.
Blum, Victor 1830.
Blumenberg, W. u. Wiening, H., Bestimmung der Keimzahl in Tuberkelbazillenkulturen 1957.
Blumenthal, Xanthoma diabeticum 1035.
— F. u. Jaffé, K., Verbesserung der Serodiagnostik 1165.
— M. s. Nicolau, S.
*Blut, Fall von Trichophytid 1109.
Boardman, W. P., Leukämie der Haut mit universeller Erythrodermie 1776.
Bock, R. u. Reis, K., Farbe und Zeichnung erwachsener Salamander 1013.
Bockhart, M. 974.
Bogdanoff, S. s. Mestscherski, G.
Bogendörfer, Beziehungen des Sympathikus zur Agglutination 1605.

Digitized by Google

Bohringer, K., Sphinktermuskel der Divertikel 1066.
Bojewskaja s. Feldmann, A. A.
— s. Israelson, M.
— s .Perkel.
— u. Lauda, G., Liquor bei angeborener Syphilis 1223.
*— G. J. u. Karol, S. A., Blutkuchen-WR nach Dold 953.
— u. Korol, Blutkuchen-WR nach Dold 1537.
Bommer, Sigwald 1606.
Bonaduce, F., Granuloma acaricum 1221.
— — Hautimmunität bei Pyodermien 1722.
Boncin, C. s. Magheru, G.
Bonn, K., Hodenteratom 1848.
Bonnet, L. M., Berlockdermatitis 1828.
— — — Netzförmige Pigmentierungen 1146.
— — — Primäre Gangrän 1850.
Bonnin, L., Interne Jodtherapie bei Lues 965.
Borchardt, E. s. Laqueur, E.
Borchers, Ed., Behandlung schwerer Hypospadieformen 1948.
Borowskaja, D., MTR mit gefärbtem Antigen 1537.
Borowskiy, W. u. Busaka, B., Parapsoriasis en gouttes 1224.
Bortschewsky, Venerismus bei Seeleuten 1648.
Bory, Louis, Pagetsche Krankheit 1471.
Bosellini 1695.
Bosse, S., Hautveränderungen bei Ziegeleiarbeitern 1044.
Boucher, H., Syphilis der Leber 1603.
Bouillenne u. Dumont, Dosierung des Wismuts 1491.
Boulanger, L., Harnröhren-Blasenspülungen 1758.
Boulin, R. s. Ravaut, P.
Bourgeois u. Tsatsaronis, Lepra mit Vakzine behandelt 1702.
Brack, E., Chronische Urethritis des Mannes 1003.
Braeucker, W., Innervation der Schweißdrüsen 1199.
Brain, R. T., Adenoma sebaceum 1464.
— — — Lupus anularis 1777.
Bralez, J. s. Demoly, J.
— — — Clément-Simon.
Branca, A., Samenkanäle des Menschen 1005.
Brann, Sclerodermia circumscripta 1871.
— 1247, 1249.
— G., Fissantherapie in der Dermatologie 1851.
Bratislava, M. K., Pyelolithophonie 1947.
Bratzlawski u. Goldstein, B., Primäre Syphilis 1539.
Breda, Achille 1702.
Bremer, B. s. Mayr, J. K.
Breton, A., Resorzinreaktion von Vernes 1528.
Brezowsky, E., Leucaemia lymphatica cutis 1225.
Bricker, F., Azetonkörper im entzündeten Gewebe 1511.
— — u. Lasaris, J., Stickstoffwechsel im Anfangsstadium der Entzündung 1511.
— — — Suponizka, F., Kohlenhydratstffwechsel im Initialstadium der Entzündung 1510.
Brill, E., Ätiologie der Impetigo herpetiformis 1166.
Brinitzer 1248.
Brochier, A. s. Péhu, M.
Brocq, L., Allgemeine Auffassung der Hautkrankheiten 1042.
— — Wechselspiel der Krankheiten in der Dermatologie 1127.
Brocq-Rousseau, Urbain, A. u. Barotte, J., Kulturen von Trichophyton gypseum 1662.
Brodsky s. Mgebrow.
— u. Schister, Neutrophile Verschiebung im Blut von Syphilitikern 1535.
— — Tulbermann, Azotämie bei Hautkrankheiten 1512.
Brodier, L. s. Milian, G.
*Broers, J., Urotropin-Dermatitis 1151.
Brose, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1012.
Brosse, Th. s. Lortat-Jacob, L.
Bruck, Bontemps 1245.
*— C., Cheilitis interstitialis luetica, Mikrostomie 1286.
— Sarcoma idiopathicum Kaposi 1870.
— C., Serumtherapie bei Syphilis 964.
— — Tsüsche Methode für die Syphilisdiagnose 1310.
— — 1246.
— 1919.
— F., Geringe Zahl der kontrollierten Puellae publicae 1555.
— — Nicht beachtete Gefahr bei Kohabitation mit Prostituierten 1010.
Brühl, R., Komplementbindungsreaktion mit aktivem Serum bei Gonorrhoe 970.
Brünauer, St., Komedonennaevi 1166.
Brüning, H., Behandlung der Oxyuriasis 1504.
Brugger, Leiomyom 1297.
Bruhns, Elephantiasis penis et scroti 1037.
— Erythrocyanosis puellarum 1037.
— Tabes dorsalis mit Gaumenperforation 1035.

Digitized by Google

Bruhns, Sklerodermie 1035,
— Strichförmige Dermatose 1037.
— Vitiligo 1035.
— 1842, 1877.
— C., Pilznährböden 1166.
*— — Zur Kenntnis der Dermatomyome 1344.
Brumpt, E. u. Werblunsky, S., Schistisoma haematobium 1004.
Brunetti, F., Biotrope Reaktion auf Arsenobenzol 1221.
— — s. Piccardi, G.
Bruusgaard, E. Sklerodermie mit Kalkablagerungen 1166.
Bucara, K., Behandlung des nicht gonorrhoischen Fluors 1554.
Buchbinder, Ekzem auf Röntgenhaut 1878.
— Erythema anulare centrifugum 1251.
— Erythema induratum 1251.
— Erythema induratum mit tuberkulösen Ulzeren 1250.
— Granuloma anulare 1878.
— Lichen ruber 1878.
— Trophische Hautstörungen 1878.
Buckman, Th. E., Atypische Blutungen im frühen Alter 1137.
Bucky, G., Grenzstrahlentherapie 1099.
— 1906.
Bucura, C., Behandlung der weiblichen Gonorrhoe 1781.
Bücking, W., Konzentrationseffekt an der menschlichen Haut 1508.
Bugarsky s. Gjorgjevitch.
Bulkley, Lucius Duncan 1606.
Bumm, E., Sulf. jod. bei Erysipel 1143.
Bumpus, H. C., Hunnersches Blasengeschwür 1548.
Bunker, H. A., Einfluß von Tryparsamid auf den Liquor bei progressiver Paralyse 965.
— — — u. Kirby, G. H., Malariabehandlung der progressiven Paralyse 1492.
Burgess, N., Kalkstoffwechsel bei Hautkrankheiten 1587.
Burgheim, F., Cholesteringehalt des Blutserums nach Röntgenbestrahlung 1097.
*Burmeister, E. A., Atypische Lokalisation bei Erythema multiforme 1713.
Burnier, Erythema anulare centrifugum 1000.
— Wiederanwachsen der Syphilis in Paris 1821.
— s. Jeanselme.
Burwinkel, O., Behandlung chronischer Urtikaria 1139.
Busaka, B. s. Borowskiy, W.
Buschke, Acrodermatitis atrophicans 1843.
Buschke, Alopecia areata 1033, 1036.
— Basalzellenepitheliom 1036.
— Cavernitis 1036.
*— A., Entgiftung des Thalliums durch Natriumthiosulfat 1833.
— — Gewerbliche Thalliumvergiftungen 1558.
— — Gonoflavin 1544.
— — Gonorrhoische Keratosen ohne Gonorrhoe 1543.
— Lues congenita tarda 1033.
— Luetische Sprachstörung 1843.
— Lupus, Röntgenulkus und Granulationstumor 1033.
— Melanodermie des Gesichts 1033.
— Mollusca contagiosa der Stirn 1036.
— Primäraffekt an der Oberlippe 1843.
— Primäraffekt der Urethra 1036.
— Prurigo 1036.
— Psoriasiforme Lues 1843.
— Psoriasis und Acrodermatitis atrophicans 1033.
— Pustulöse Psoriasis 1843.
— Pyodermie végétante 1843.
— Teleangiektatischer Naevus 1843.
— Tertiäre Lues nach Malariakur 1036.
— A., Therapeutische Versuche mit Thallium 1167.
— Ulcus molle am Penis und Zeigefinger 1842.
— 1842, 1844.
— A. u. Curth, W., Baumwollspinnerkrebs 1173.
*— — — — — Lichen ruber und Psoriasis 1175.
*— — Duchan, G. u. Joseph, A., Vermeidung der Komplikationen bei Thalliumtherapie 1835.
— — u. Gumpert, M., Mitwirkung des Kinderarztes bei Ausführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1505.
— — — Joseph, A., Chromoblastomykosis 1034.
*— — — — — Chromoblastomykose 1047.
— — — Langer, E., Epidemiologie der Pilzerkrankungen 1167.
— — — — — Syphilisbehandlung und Naturheilkunde 964.
— — — Loewenstein, L., Intravenöse Gonoflavintherapie bei Gonorrhoe 972.
*— — — Peiser, B., Beeinflussung der Thalliumwirkung durch Hormone 1115.
Bussmann, R., Behandlung der akuten Gonorrhoe unter Berücksichtigung psychischer Idiosynkrasien 1497.
Butler, C. S. u. Peterson, E., Treponematosis, Bedeutung für die Volksgesundheit 1307.

Digitized by Google

Buzeu, P., Funktionelle Nierenuntersuchung 1626.
Bykowa, O., Thrombopenische Purpura 1632.
Bytschkowa u. Ratschkowsky, Sexuelle Verbrechen nach dem Kriminalkodex der RSFSR 1970.

Cailliau s. Hudelo.
— s. Louste.
— F. s. Payenneville, J.
— — u. Walter, Dermatitis exfoliativa des Neugeborenen 1001.
Califano, L., Speicherung im retikuloendothelialen System und kolloidalem Wismut 1492.
Calinich, G., Periarteriitis nodosa 1136.
Callomon, F., 1314.
— — Nichtvenerische Genitalerkrankungen 1308.
Calmette, A., BCG gegen Tuberkulose 1602.
Calvin, J. K., Enuresis 1549.
— N., WR, Resultate bei Gefriertemperatur 1626.
Campbell, M., Behandlung der akuten Epididymitis 972.
— R., Priapismus infolge Karzinommetastase 1783.
Camus, L., Pocken und Schutzimpfung in Algier 1599.
Cantacuzène, J. u. Mihaiesti, J., Impfung der Neugeborenen mit BCG in Rumänien 1601.
Cappelli, J., Haut- und Eingeweidetuberkulose 1720.
— 1693, 1695.
Caputo, V., Syphilis ignorata 1489.
Carbe, M., Abortivbehandlung des Trippers 1589.
Carré, H. s. Vallée, H.
Carrera, J. L., Allgemeine Pathologie der Syphilis 1627.
— — — Geschlechtskrankheiten in Argentinien 1627.
— — — Lepra, argentinisches Gesetz 1627.
Carteaud s. Gougerot.
Carter, W. W., Behandlung gespaltener Fingernägel 1525.
Casazza, R., Creeping disease 1721.
Cash King, J., Pyelo-Ureterogramme 1463.
Casio, G., Trockenkomplement bei WR 1485.
Casper, L., Erkrankung der Harnwege und ihre Behandlung 974.
— — Zystoskopie 1948.
Cassuto, A., Harnblasendivertikeln 1848.
Castellani, A., Pilzkrankheiten 955.
Castelli, G., Tertiärlues in Endokard und Lunge 1220.
Catanei, A., Trichophyton violaceum bei Affen 1662.
Cattaneo, L., Erythrodermia pityriasica lichenoides pigmentaria 1722.
Catzap, M. s. Nasta, M.
Catzeflis, Abortivbehandlung der Gonorrhoea anterior 1815.
Caussade, G. u. Tardieu, A., Behandlung der syphilitischen Aortitis 1604.
Caussimon, J., s. Leuret, E.
Cavallucci, U., Idiopathische Hautatrophie durch Insuffizienz der Schilddrüse 1719.
Cavalucci, U., Parapsoriasis papulonodularis 1723.
Caylor, H. D. s. Schlotthauer, C. F.
Cedercreutz, A., Gonorrhoe anders als durch direkte Ansteckung übertragen 1128.
Ceni, C., Biologie und Therapie der Keimdrüsen 973.
Chajes, Multiple neurotische Gangrän 1034.
Chaignon, M., Antigonokokkenvakzine mit Silikatzusatz 1037.
Chajutin s. Mgebrow.
Chalipsky, Poikilodermia vascularis atrophicans 1647.
Chasanoff, L. O. s. Mkrtitschjanz, A. J.
Chatellier, L., Serologische Statistik der geburtshilflichen Klinik in Toulouse 1002.
Chatenewer, Experimentelle Blastomykose der Kaninchen 1649.
— Extragenitales Ulcus durum am Venerologischen Institut zu Moskau 1970.
Chauvin, E., Harnblasen-Scheidenfistel 1219.
Chène s. Hudelo.
Chevallier, P. u. Lévy, G., Trypanid 999.
Chiari, H., Wichtige Fragen aus der Bakteriologie 1605.
— — Nobel, E. u. Solé, A., Immunisierungsversuche mit BCG 1727.
— O. M., Behandlung des Lippenfurunkels 1520.
Chiofalo, J., Diabetes und Harnchirurgie 1067.
Chodorow, Eschara nach Injektion einer Xeroformemulsion 1970.
Choroschin s. Mgebrow.
— u. Moreinis, Metalues 1534.
— — Wacksmacher, Häufigkeit des Ulcus mixtum 1543.
Christeller, E., Histologisch-diagnostische Schnellmethode nach Ferry 1014.
— — u. Sammartino, R., Histochemischer Nachweis des Quecksilbers in den Organen 1508.

Digitized by Google

Christoph, R., Retikulierte Vitiligo 1065.
Chwalla, R., Fibrosarkom des Samenstranges 1006.
Ciambelotti, E., Grundumsatz in der Dermatologie 1718.
— — Hauthyperpexie 1486.
— — Urikämie, Glykämie und Chlorämie nach Kalziumzufuhr 1488.
Ciani, M. s. Declich, N.
Cibert, J., Zystische Dilatation des Harnleiters 1626.
Cieszynski, F. K., Hautreaktionsversuche mit Helminthesprodukten 1511.
Cirillo, G., Pathogenese der Balanoposthitis 1482.
— — s. Pane, N.
Citron, A., Zehn Jahre Beratungsstelle für Geschlechtskranke 1556.
Clark, J., Syphilisbehandlung 1307.
— — H., Gleichzeitige Titration von Ambozeptor und Komplement 1307.
Clément s. Milian.
— Simon, Bralez, J. u. Demoly, J., In Öl lösliche Wismutverbindungen 1472.
— — — — — — — — Organischer Schwefel und benzoësaures Benzyl bei Krätze 1475.
Codet, H., Veränderungen des Charakters bei progressiver Paralyse nach Malariabehandlung 1751.
Cohen s. Louste.
Cohn, A., Dauerkulturen von Gonokokken 970.
— — Gonokokkenkulturen 1034.
— — Infektiosität und serologisches Verhalten von Lues latens 1728.
— — 1844.
— — u. Levy-Dorn, M., Einfluß der Röntgenstrahlen auf Reinkulturen von Gonokokken 1495.
— W., Urtikarielle Erkrankungen im Kindesalter 1517.
Cole, A. M. 1102.
— H. N., Ausbildung des Dermatologen und des Syphilidologen 1089.
— — — Gammel, J. A., Rauschkolb, J. E., Schreiber, N. u. Sollmann, T., Quecksilberausscheidung 1307.
— — — Miskjian, H. G. u. Rauschkolb, J., Granuloma inguinale 1167.
Colebrook, D. C., Behandlung mit ultraviolettem Licht und Zinkleimverbänden 1517.
Coller, W. A., Geschlechtskrankheiten in den Llanos 1946.
Colli, R., Abszeß in der Perinealgegend 1221.
— — Stark positive WR bei einem symptomlosen Patienten 1484.
Colston, J. A. C., Gefäßunterbindung zur Verhütung von postoperativer Epididymitis 1502.
Conradi, D. s. Tataru, C.
Constantinesco, E. s. Saratzeano, E. Fl.
Contamin, N. s. Favre, M.
Contera, F. u. Tapia, R., Nicolle-Durandsche Vakzine 1628.
Cooke, J. V., Künstliche Immunisierung bei Scharlach 1699.
— — — Scharlach 1600.
Cordes, E., Pseudohermaphroditismus femininus externus 1498.
Corinini, C., Veränderungen des Verdauungsschlauches bei Lymphogranulom 1972.
Cort, W. W., Schistosomen-Dermatitis 1228.
Cortella, E., Goldpräparate bei Lupus vulgaris und erythematodes 1479.
— — Trübungs-Ausflockungsreaktion von Dujarric de la Rivière und Galleraud 1696.
Costa, S. M. de, Acne necrotica 1167.
Cotte, G. u. Pallot, G., Einfluß der Follikelflüssigkeit auf die Reaktion der Scheide der Ratte 1553.
Coulange s. Roger, H.
Courmelles, F. de, Häufigkeit der Röntgenschäden 1101.
Courmont, P. u. Gardère, H., Einwirkung der Flüssigkeit tuberkulöser Pleuritiden auf den Tuberkelbazillus 1726.
Coury, A., Herzgefäßkrankheiten und spezifische Behandlung 1604.
Coven, Meatomie des Harnleiters 1463.
Covisa, J.-S., Bejarano, J. u. Navarro, A., Serodiagnostik der Syphilis mit WR, Hecht und Meinicke 1689.
— — — u. Bejarano, J., Pyodermitis chancriformis 1130.
— — — u. Prieto, J. G., Nicolle-Durandsche Vakzine 1628.
Cowan, R. L., Erhaltung der Nierenfunktion 1066.
Cramer, H., Röntgenstrahlen und Proteinkörperwirkung 1097.
Crance, A. M., Koliinfektion von Niere und Blase 1686.
Crary, Roy Jennings 1018.
Crew, F. A. E., Geschlecht der Nachkommenschaft und Zeitpunkt der Kohabitation 974.
Cronquist, C., Behandlung der Pityriasis simplex 1724.
— — Entwicklung der Pityriasis capitis 960.
— — Pityriasis capillitii 1167.

Digitized by Google

Crosti, A., Bowensche Dermatose 1722.
— — Grundumsatz in der Dermatologie 1718.
Crozer Knowles, F. s. Foulke Corson, E.
Crutchfield, D., Pellagra der Haut und Schleimhaut 1308.
Csoma, E. s. Paunz, J.
Cubero, Geschwüre simuliert von einer Hysterischen 1646.
Culver, G. D. s. Montgomery, D. W.
Cumberbatch, E. P., Ultravioletttstrahlentherapie 1830.
Cummer, C. L., Lymphadenitis bei tertiärer Syphilis 1308.
Curieses de Agua, A., Diaz de Isla und der amerikanische Ursprung der Syphilis 1646.
*Curth-Ollendorff, H. s. Curth, W.
— W. s. Breschke, A.
*— — u. Curth-Ollendorff, H., Spirobismol solubile 1395.

Dachschläger, Einseitige Gonorrhoe bei Uterus bicollis, bicornis cum vagina septa 1969.
Dalsace, R., Zystalgien bei der Frau 1067.
Damaye, H. u. Avella, P., Behandlung der progressiven Paralyse 1605.
Damer, E., Favus corporis 1040.
Danel, L., Oleome längs der Wirbelsäule 1471.
— — Sarkoide 1471.
Daniel, B. u. Frieder, A., Therapie der Impotenz 1009.
Dannmeyer, F., Ultraviolettstrahlen und -filter 1074.
Danziger, F., Epispadieoperation 1782.
Darier, J., Dermatologie 961.
— s. Jeanselme.
Dassel, A., Gangrän der Glans im Kindesalter 1500.
Dattner, B., Betrachtungen des Neurologen zur Behandlung der Syphilis 966.
— — Epikrisen malariabehandelter Paralytiker 1542.
— — Sollen wir ambulatorisch lumbalpunktieren 1752.
Dauden, F. s. Portilla, J. F. de la.
David, Ch., Behandlung der tuberkulösen Zystitis 1500.
Davidson, A., Nahrung und Klima in ihren Beziehungen zu Hautkrankheiten 959.
Davidsohn, J., Laboratoriumsdiagnose der Syphilis 1308.
Davies, J. H. T., Adenokarzinom der Schweißdrüsen 1464.
— — — — Zylinderförmige Geschwülste der Kopfhaut 1306.
Davis, J. H., Chondrodermatitis der Helix 1952.
— R. H. s. Stryker, G. V.
Dax, L., Nierenbecken-Harnleitertuberkulose 1219.
Deelich, N. u. Ciani, M., Vakzinationsbehandlung von Besredka 1480.
Decourt, J. s. Guillain, G.
— S. s. Loeper, M.
Deicher, H., Streptokokken in Scharlachschuppen 1526.
— — — Friedemann, U.
Deichsel, K., Schmerzlose Reposition der Paraphimose 1546.
Dejean, Ch., Präkanzerose 1523.
Dejust, L. H., Pigmentgenese und Hautfermente 1466.
Delamare, G. u. Gassi, C., Piedra von Paraguay 1955.
Delater, G. u. Hugel, R., Klassifikation der Zyanosen 1136.
— — — — — Supramalleoläre Zyanose 1467.
Delarue s. Babonneix, L.
Delbanco, Acrodermatitis atrophicans der Beine 1872.
— Angiolupoid 1872.
— Aplasia cutis des Gesichts 1872.
— Erysipel 1248.
— Fox-Fordycesche Krankheit 1871.
— Hartes Ödem der Wange 1872.
— Parapsoriasis 1248.
— Rattenlepraschnitte 1872.
— Sporotrichose? 1247.
*— E., Teleangiektatisches Granulom 1268.
— Ulcera hypergica 1871.
— Xanthoma glycaemicum 1872.
— 1248, 1250, 1251, 1913, 1974.
*— E. s. Müller, E. F.
— — — Unna, P. jun.
Delcour, J. s. Langeron, L.
Delherm, L. u. Thoyer-Rozat, P., Radiologie im Jahre 1927, 1599.
Delisle Gray, St. G. 1950.
Della Valle, M., Akarusepidemie durch Pferdebohnen 1223.
Del Vivo, G., Myome der Haut 1484.
Demel, R., Hodentransplantation 1502.
— — Homoplastische Hoden 1550.
Demoly, J. s. Clément-Simon.
Denis, G. M. s. Keane, W. E.
Dennie, Ch. C. s. MacBride, W. L.
Dér, O., Lugolsche Lösung bei Kerion Celsi 1225.
Deuber, A., Neurose des vegetativen Nervensystems 1511.
Deusch, G. u. Liepelt, A., Hautkapillaren beim arteriellen Hochdruck 1605.
Deveze, P. s. Margarot, J.
Devojanz, Tertiäre Lues bei Frauen 1532.

Digitized by Google

Devoto, A., Sklerodermie 1723.
D'Hour, H. s. Langeron, L.
Djakow, Syphilitische Arthritiden und Arsenobenzol 1647.
Dietel, F., Sekretentnahme bei weiblicher Gonorrhoe 970.
— — Technik der intravenösen Einspritzungen bei Syphilis 1092.
— Friedrich Wilhelm 1606.
Dillingham, F. H. u. Mac Cafferty, L. K., Bromausschlag am harten Gaumen 1513.
Dimolesco, R. s. Saratzeano, E. Fl.
Dimtza, A., Kulturelle Diagnostik der Tuberkulose 1726.
Dingemanse, E. s. Laqueur, E.
Diss, A. s. Pautrier, L. M.
Dittmar, O. s. Baeyer, H. v.
Dixon, W. E., Ovarienextrakte 1007.
Dobbertin, R., Behandlung der Genitalflüsse mit Curandra 1554.
Dóczy, G., Behandlung der weiblichen Gonorrhoe 1498.
Dohrn, M. u. Faure, W., Ausscheidung des weiblichen Sexualhormons 1508.
Dombrowskij, A. u. Tatarskiy, Hautkrankheiten und Bestrahlung der Milz 1224.
Dore, S. E., Leukonychie mit Dysidrosis 1777.
— — — Stauungserythem der Beine 1464.
Dorn, E., Intrakutane Schweißinjektionen und Tuberkulose 1529.
Dorno, C., Ultraviolettdurchlässiges Glas 1559.
Douris, R., Mondain, Ch. u. Beck, J., Wasserstoffexponent und Ausflockung mit Essigsäure 1310.
Dode, W. E. s. White, G. F.
Dowling, G. B. s. Mac Leod, J. M. H.
Dracoulidès u. Vejirtjis, P., Zufälle infolge Azetylarsan 1471.
Drewitz, Sulfosalizylsäure gegen geschwürige Prozesse 1522.
*Drexler, F., Hefe bei Psoriasis 1450.
Dreyer, Salvarsanprophylaxe 1168.
Dreyfus, G. s. Lesné, E.
*Drobinski, Behandlung der gonorrhoischen Urethritis mit Formalindämpfen 1151.
Dshafarow, Erythema induratum Bazin 1647.
Du Bois, Ch., Einspritzungen von Radiumemanation 1135.
Dubreuilh, Erysipeloid und Schweinerotlauf 1472.
— W., Schambergsche Krankheit 1467.
Ducas, P., Anatomie und Ätiologie des Zosters 1656.
*Duchan, G. s. Buschke, A.
*— — — Mrongowius, Ju.
Dufour, H. u. Le Hello, Duhringsche Krankheit 1659.
Dufourt, P. s. Violle, P. L.
Dujardin, B., Durchlässigkeit der Meningen 1588.
Duke, W. W. u. Durham, O. C., Gehalt der Luft an Blütenstaub und Beziehungen zu Ekzem 1519.
Duken, J., Tuberkulöser Primäraffekt der Oberlippe 1530.
Dumont s. Bouillenne 1491.
Dupont, A. s. Jeanselme.
Durham, O. C. s. Duke, W. W.
Duschkow Kessiakow, Chr., Pawlowitschsche Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit 1754.

Earle, C. A., Mikrosporie des Kopfes 1776.
Eastwood, S. R., Verdauungsfaktoren bei Rosazea 957.
Ebstein, E., Taschenmikroskop 1013.
Edelmann, A., Dysfunctio pluriglandularis dolorosa 1144.
— H., Entzündungsbestrahlungen 1829.
Edelmann u. Oretschkin, Syphilis der inneren Organe bei Frauen 1533.
Edleman, C. S., Harnröhrenstriktur und Komplikationen 1686.
Efimow, A., Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus der Eisenbahnangestellten 1506.
Efron, N. u. Lipskerov, J., Russische Stovarsolpräparate 1128.
Egyedi, D., Diathermie in der Urologie 1500.
Ehara, J., Impfversuche von Trichophytonarten 1041.
— — Phlebitis obliterans 1042.
Ehmer, Th. u. Hammer, J., Sitz der anaphylaktischen Reaktion 1510.
Ehrhardt, K., Hypophysenvorderlappen und Genitale 1498.
Ehrmann, S., Sklerodermie 1168, 1224.
Eichengrün, W., Behandlung des Fluors durch ein Heilbad unter Druck 1781.
Eichler, P. u. Rottmann, H. G., Metastasen bei Mycosis fungoides 1063.
Eisler, B., Kalium, Kalzium und Magnesiumgehalt des Liquor cerebrospinalis 1754.
Eitel, W., Sulfodermpuder 1043.
Eitner, E., Behandlung kleiner Naevi 1135.
— — Behandlung von Gesichtsnarben 1462.
Ekerfors, H., Wirkung des Neosalvarsans auf die Formelemente des Blutes 1402.
Eldering, B., Alkoholinjektion bei Hämorrhoiden 1504.

Digitized by Google

Elian, Syphilisbekämpfung im Maressewo 1041.
Eliascheff s. Jeanselme.
Elisarow u. Mitukewitsch, Diagnostische Bedeutung der Spermakultur 1495.
Elkeles, G., Zur Kenntnis der MTR 1537.
Eller, J. J., Unvollständige Recklinghausensche Krankheit 1307.
— — — s. Amshel, F.
— — — — MacKee, G. M.
Elliott, J. A. u. Todd, L. C., Hepatitis der Frühsyphilis 954.
Enderlein, G., Grenzgebiete zwischen Bakterien und Protozoen 961.
Engelhardt, W., Ausscheidung des Wismuts 1745.
— — Zellbefunde im Blaseninhalt bei Pemphigus vulgaris 1520.
Engelmann, B., Speicherung des Arsens im Gehirn 1755.
Epstein, G. S., Divertikel der hinteren Harnröhre 1626.
— J., Atypische Nierentuberkulose 1218.
— — s. Halperin, S.
— N. N. s. Morrow, H.
Eschweiler 1896.
Esquier, A., Lichen corneus hypertrophicus 1468.
Esser, M., Leukoplakie der Portio 1819.
Eubanas, C. u. de Vera, B., Goldpräparate bei Lepra 1701.
Euzière u. Pagès, Erscheinungen am Nervensystem bei Schutzpockenimpfung 1599.
Everett s. Ewins.
Ewins u. Everett, Vergleichende Studien organischer Arsenderivate 1949.
Eyermann, Ch. H., Nasale Allergie 1824.
Eyre, J., Nolton, F. u. Pope, J. W., Merkurochrom 1826.

Fabre, M., Urethritis und Zystitis durch B. coli bei Frauen 1003.
Fabry, J., Myosalvarsan bei Syphilis 966.
Faingold s. Mgebrow.
— u. Kalsada, Prophylaktorium zu Odessa 1556.
— — Oretschkin, Wismut bei verschiedenen Syphilisformen 1540.
Falchi, G., Grundumsatz in der Dermatologie 1717.
— — Hyphomykosen 1721.
Falin, L., Eunuchoidismus 973.
Farina, S., Hautallergie gegenüber dem Syphilisgift 1693.
Fasal, Ichthyosiformer Naevus 1458.
Faure, M., Meningo-Myelitis luetica 1730.
— W. s. Dohrn, M.
Favento, P. de, Familiäre Syphilisinfektion 1695.
Favre, M. u. Contamin, N., Miliare Lungensyphilis 1729.
— — — Gaté, J., Perianale Tuberkulose 1128.
Fedders, Zirkumzisionstuberkulose 1547.
Fedorowsky, A., Geschlechtskrankheiten in der Ukraine 1821.
Feit, H., Hautaktinomykose 1304.
Feldmann, A. A., Bojewskaja, Israelson, M. u. Moreinis, Zur Frage der meningealen Permeabilität 1538.
— — — u. Gurfinkel, Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems 1542.
— J. s. Mgebrow.
— — u. Gurwitsch-Gragerowa, Sykosisbehandlung mit Antivirus Besredka 1520.
— V., Hämatogene Luesinfektion 1814.
— — Syphilis d'emblée 1814.
— — L. u. Per, M., Scabies norvegica 1465.
Fernández, N. C. s. Sainz de Aja, E. A.
Ferrari, A. V., Allergische Reaktionen bei Lepra 1719.
— — — Lichen obtusus corneus 1487.
— — — Ovarielle Dermatose 1479.
Fessler, Erythema centrifugum 1453.
— Gumma 1453.
— Keratoma palmare et plantare hereditarium 1301.
— Lues psoriasiformis 1458.
— Sclerodermia circumscripta 1300.
— 1300.
— A., Therapie der Vulvovaginitis infantum 1782.
— — WR bei der Prostituiertenuntersuchung 1821.
Fetscher, R., Geschlechtstrieb 1227.
Feuerstein, D., Salvarsanbehandlung 965.
Fey, B. s. Legueu, F.
Figi, F. A., Rhinoscleroma 1524.
Filliol s. Gougerot.
Filter, Th., Meinickes Trübungsreaktion in Heilstätten 1973.
Finger, E., Spezifisch-unspezifische Therapie der frühen Syphilis 1132.
— — Spezifisch-unspezifische Therapie der frühen Syphilis 1754.
Finkelstein, J., Serologische Kommission NKS 1040.
Finsterbusch, R. s. Baensch.
Fiocco, Giambattista 1702.
Fischer, Trichophytie der Nägel 1034.
— 1912, 1913.

Digitized by Google

Fischer, B., Krebsbildung und Regeneration 1172.
— E., Chirurgische Heilmethode des Pruritus 1659.
— — Neue Operationsmethode des Atheroms 1525.
— H., Experimentelle Erzeugung von Hautkarzinomen 1661.
*— K., Röntgenschädigungen bei tuberkulösen Prozessen 1674.
— O., Intrakutanreaktion bei klimatischen Bubonen 970.
*— — Natürliche Übertragbarkeit der Impfmalaria 1292.
— W., Arsenkeratose 1035.
— — Epitheliom der Wangenschleimhaut 1035.
— — Erythema multiforme an Mund, Vagina und Konjunktiven 1037.
*— — Favus beim Kanarienvogel 1359.
— — Leucoderma psoriaticum 1035.
*— — u. Langer, E., A. Buschke, zu seinem 60. Geburtstag gewidmet 1343.
Flarer, F., Adenoma sebaceum 1483.
— — Säure-Basengleichgewicht in der Haut 1719.
Flecker, H., Röntgentiefenbehandlung des Basalzellenepithelioms 959.
*Flesch, M., Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1716.
Flessa, W., Diagnose der weiblichen Gonorrhoe durch Seidenfaden-Plattenkultur 1543.
Flockenhaus, M. s. Munk, F.
Flurin, H. u. Blanc, L. G., Schwefelquellen und Syphilis 1493.
Flye-Sainte-Marie, P. E., Primäraffekt am Daumen 1475.
— — — — — Primäraffekt an der Fußsohle 1475.
Foerster, H. R., Gewerbliche Hautkrankheiten 1306.
Fonseca, O. da u. Area Leao, A. E. de, Blastomykotische Dermatitis 1227.
Forestier, J. 1950.
Fornara, P. s. Artom, M.
Forns u. Roldau, Nicolle-Durandsche Vakzine bei Ulcus molle 1690.
Forró, A. s. Preis, K.
Fortner, J., Plattenverfahren zur Züchtung der Spirochaeta pallida 1752.
Foulke Corson, E. u. Crozer Knowles, F., Xeroderma pigmentosum 1846.
Fournier, L. s. Levaditi, C.
— — u. Levaditi, C., Impfung von Kaninchen gegen Herpes-Enzephalitis-Virus 1140.
François-Dainville, E. u. Reynaud, H., Herpes zoster und Varizellen 1518.
Fränkel, B., Epidemiologie des Ulcus molle 1493.
— — Urethritis gonorrhoica bei Knaben 1757.
Fraenkel, L., Sexualhormon und Endokrinkrankheiten 1145.
Fränkel, W., Zystitisbehandlung mit Antivirus-Besredka 1003.
*Framhein, M., Syphilitische Fingergelenkerkrankungen 1052, 1085.
Franceschini 1702.
Frank, H., Pruritus 1658.
— L., Urologische Beobachtungen 1589.
— T. s. Stern, M.
Frankenberg, B. E., Resektion der Harnröhre ohne Verweilkatheter 1004.
Fraser, J. F. u. Richter, M. N., Urticaria pigmentosa 1090.
Fraulini, M., Wismut in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis nervosa 1719.
Frenckell, G. L. u. Gawrilow, R. J., Blutveränderungen bei Knochenbrüche 1516.
Frei 1871, 1872, 1917.
*— u. Koppel, Ulcus vulvae chronicum und Syphilôme anorectal in ihren Beziehungen zur Lymphogranulomatosis inguinalis 1920.
— W., Haut von Tuberkulin-, Trichophytin- oder Quecksilberüberempfindlichen und Antigene 1016.
— — Willkürliche Sensibilisierung gegen chemisch definierte Substanzen 1509.
Freund, Lokalreaktionen nach Zosterverimpfung 1033.
— Pityriasis lichenoides 1455.
— Urticaria papulosa 1036.
— 1888.
— E., Chronische Vergiftung mit Lysol 1720.
— — Hautveränderungen 1482.
— — Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa 1067.
— Emanuel 974, 1702.
— F., Tubero-serpiginöses Syphilid 1454.
— H., Herpes zoster und Leukämie 1065.
— — Lokalreaktionen nach Zosterinokulation 1517.
— — Nachweis des Herpeserregers 1062.
Freudenberg, A., Entfernung von Haarnadeln aus der Blase 1066.
— — Entfernung von Haarnadeln aus der Harnblase 1217.
Freudenthal, H., Transargan 1497.
— W., Erythema migrans 1253.
— — Luetische Leukomelanodermie in Form einer Pseudovitiligo 1747.
Frieboes, W., Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten 962, 1226, 1281.
— — Granuloma scroti 1168.

Digitized by Google

*Fried, S. M. u. Segal, M. B., Experimentelle hämatogene Dermatomykose 1426.
Friedemann, U., Ergebnisse der Scharlachforschung 1697.
— — Deicher, H. u. Abraham, L., Veränderlichkeit der Scharlachstreptokokken 1527.
Frieder, A. s. Daniel, B.
Friedman, L. S. u. Mitchell, A. G., Leukozytengehalt des Harns der Kinder 1007.
Frist, J., Stellung der Gesetzgebung zur Gonorrhoeprophylaxe 1556.
Fritsch, E. s. Henseler, H.
— H., Röntgenbehandlung der Epitheliome 1687.
— — Röntgenbehandlung von Pilzerkrankungen 1847.
Fröhlich, W., Leberfunktion während antisyphilitischer Behandlung 1724.
Fronstein, R., Diagnose der Nierentuberkulose 1626.
*Frühwald, R., Behandlung der Urethritis non gonorrhoica 1127.
— — Novokaindermatitis 1168.
*— — s. Benedek.
Frumkin, A. P., Probe mit Natrium salicylicum bei Nierenerkrankungen 1306.
Fuchs, R., Nierendystopie 1217.
*Fülleborn, Haut und Helminthen 1857.
*Fuellenbaum, L., Streifenförmige Dyskeratose 1462.
Füllsack, H., Traubenzuckertherapie bei röntgenbestrahlten Neubildungen 1198.
Fürst, K., Arzneimittellehre für Hautkrankheiten 1596.
*— — Pilokarpin in der Dermatologie 1078.
Fuhs, Arsenerythem 1813.
— Arsenkeratose 1813.
— Ichthyosis 1813.
— Keratodermia maculosa 1812.
— Pemphigus vulgaris 1303, 1460.
— Reinfectio syphilitica 1813.
— H., Fremdkörpertumoren 1168.
— — Keratosen an Haut und Kornea 1168.
Fujiwara, A., Trichoepithelioma 1041.
Fukai, A., Karzinom der Urethra 1650.
— — Kolloidmilium 1652.
Fukelmann s. Stojanow.
Fuld, J., Thalliumvergiftung beim Kinde 1827.
Furmanow, Epispadie und Gonorrhoe 1039.
Fuss, S. s. Hanser, R.

Gaertner, Neues Schwefelbad 1513.
— O. s. Grebe, L.
Gabelow, Purpura annularis 1040.
Gábor, D. s. Reiter, T.
Gaessler, E. s. Louros, N.
Galant, J. S., Fall von Hypogenitalismus 1498.
Galenkin, Venerologisches Dispansär in Konstantinowka am Don 1649.
Galewsky, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1012.
— Trichotillomanie 1169.
Gallerand s. Sézary.
Galli, P. u. Ghetti, G., Seltene, kongenital-luetische Erscheinungsform bei einem Säugling 1485.
Galliot, A., Intermittierende Behandlung der Syphilis mit Wismut 1037.
— — Röntgenologischer Nachweis der Wismutsalze 1623.
Gammel, J. A., Lokale Störungen nach Kaliumwismuttartrat 1844.
— — — s. Cole, H. N.
Gans, O., Dermatologie in Amerika 1587.
— — Histologie der Hautkrankheiten 961.
— — Endarteriitis obliterans 1169.
— S. L. u. Asnis, E. J., Sulpharsphenamin 1091.
Gardère, H. s. Courmont, P.
Garibaldi, G. M., Creeping Disease in Italien 1491.
Garnice s. Milian.
Garnier, Ch s. Simon, C.
Garot, L., Beeinflussen die ultravioletten Strahlen den Blutdruck? 1073.
— — Ultraviolette Strahlen, Einfluß auf die Atropinprobe am Herzen 1073.
— — Wirkung der ultravioletten Strahlen auf das parasympathische Nervensystem 1073.
Garriga, M., Syphilitische Nierenentzündung der Roseola vorausgegangen 1690.
— — Tertiäre Lues der Harnröhre 1629.
— — Vakzinetherapie des weichen Schankers 1689.
*Gasper, W., Experimentelle Untersuchungen über Akridinfarbstoffe 1390.
Gasser, R. R. s. Houghton, J. E.
Gassi, C. s. Delamare, G.
Gassul, R., Wert der filtrierten Woodschen Strahlen für die Kriminalistik 1515.
Gastinel, P. s. Teissier, P.
Gaté, Jean 1006.
— J. s. Favre, M.
— — u. Aulagnier, Impetiginöse Stomatitis 1661.
Gavrila, J. u. Hanganutz, M., Cholesterinämie bei Syphilitikern 1257.
Gawalowski, K., Pemphigus acutus und Impetigo contagiosa 1588.

Digitized by Google

Gawrilow, R. J. s. Frenckell, G. L.
Gayet, G., Prostatasteine 1219.
Geiger, Hämatogen-metastatische Knotenbildung in der Haut 1810.
— Lupus erythematodes discoides 1457.
— Prämykosis 1457.
*— R., Salvarsanresistente tertiäre Lues der Nase 1028.
Geisler, H., Diagnose des Lymphogranuloma inguinale 1494.
Gelman, G., Gonoreaktion von Rubinstein 1623.
Genovese, S. s. McCafferty, L. K.
Gerbasi, M. u. Giuffrè, M., Herpesvirus 1657.
Gerlach, F., Schutzimpfung mit B.C.G. 1727.
Gerstmann, J., Malariabehandlung der progressiven Paralyse 1134.
Gesell, A., Frühreife und geistige Entwicklung 1546.
Geserowa, Lupus erythematodes an der Unterlippe 1686.
Geyer, H., Heißluftbehandlung des Trippers des Gebärmutterhalskanals 1545.
Ghetti, G. s. Galli, P.
Ghigi, R., Präputialgangrän 1483.
Giacardy, In Frankreich autochthon entstandener Leprafall 1700.
— P., Ansteckung durch eingeschleppte Lepra in Frankreich 1952.
— — Schankriformes Syphilom 1779.
Giaxa, Vincenzo de 1018.
Gibson, R. u. Sommerford, A. R., Ulcus cruris 1851.
Giesczykiewicz, M., Erhaltung von Gonokokkenkulturen 971.
Gildemeister, E. u. Heuer, G., Nachweis von Vakzine- und Herpesvirus mittels Koktoantigen 1527.
— — — — — Vakzinevirus im Blute nach kutaner Impfung 1229.
Ginella, A., Gonorrhoe eines Seitenkanälchens der Raphe penis 1478.
Gins, H. A., Vakzine-Enzephalitis 1229.
Ginsburg, A., Knochensyphilis 1648.
Gjorgjevitch u. Bugarsky, Jodoformeinspritzungen bei weichem Schanker 1625.
Giraudeau, Kohlensäureschnee und Azeton 1623.
— Pastenförmige Elektrolyten bei der Ionisation 1002.
Girault, A., Herstellung der Gonokokkenvakzine 1594.
Giuffrè, M. s. Gerbasi, M.
Giuffrida, E., Adamantinoide Entwicklung des Basalioms 1485.
Glasko, Siberowa u. Rudinsky, Geschlechtskrankheiten in Charkower Nachtherbergen 1821.
Glasser, O., Strahlendosimetrie 1099.
— — u. Beasley, J. E., Dosimetrie der Grenzstrahlen mit Wintz-Rumpschem Photometer 1100.
— — — Portmann, U. V., Grenzstrahlen 1515.
Glauberson, Recklinghausensche Krankheit 1649.
Glaubersohn, S. A., Generalisierte Verrukosis 1467.
*— — — Ulcus acutum vulvae 1766.
*— — — Zosterfrage III 1422.
Gley, P., Histologische Veränderungen unter Einwirkung des Hormons des Corpus luteum 1504.
Gluchowzew, Dermatitis exfoliativa adultorum 1649.
Gaviati, A., Gonakrin 1694.
Goeckermann, W. H., Mechanismus der Malariabehandlung der progressiven Paralyse 967.
Godard, H., Epididymiszyste 1219.
Goeckermann, W. H., Sarkoide und verwandte Erscheinungen 1845.
Golay, J., Generalisierte faviforme Trichophytie 1592.
Goldberger, J., Durchspülungstherapie bei Zystitiden 1217.
— — Umkehrung der Harnazidität bei Zystitiden 1219.
Goldenberg, G., Schwangerschaft bei Syphilitikerinnen 1534.
*Goldin, S. B., Salvarsantherapie des Milzbrandes 1792.
Goldmann, A., Bedeutung des Retikuloendothels für die Generalisierung des Vakzinevirus 1527.
Goldscheider, Erkrankungen der peripherischen Blutgefäße 1136.
Goldschlag, F., Frühstadium der Anetodermia erythematosa maculosa 1747.
Goldschmidt, W., Behandlung der Schweißdrüsenentzündung 1525.
Goldsmith, W. N., Glossitis und schwarze Haarzunge 1590.
— — H. 1950.
Goldstein, B. s. Bratzlawski.
Golossowker, S. s. Wainstein, A.
*Golschmid, K. L., Ätiologie des Angiokeratoma Mibelli 1937.
Golynski, Rezidive von Pilzerkrankung der Kopfhaut nach Röntgenbestrahlung 1969.
Gomez, P., Örtliche Therapie bei Drüsenentzündungen 1690.
Gonin, R., Epidermolysis bei Ichthyosis 1129.
Gonzales, R., Behandlung der Tuberkulide mit Triphal 1690.
Goodman, H., Fluoreszenz in der Dermatologie 957.

Digitized by Google

Goodmann, H. u. Anderson, W. T., Ultraviolettlichtquellen 1096.
Goranoff, Lupus vulgaris vorax 1685.
Gorash, B. A., Rektalgonorrhoe 958.
Gordon, A., Neoarsphenamin bei Neurosyphilis 1306.
— M. B., Thyreoidbehandlung der Alopecia areata 1304.
— R. M., Acidum tannicum gegen Verbrennungen 1141.
Gorew s. Hodoss.
Gorsky, P., Epidermolysis bullosa 1039.
— — Mal de bassine 1647.
Gory, M. u. Jaubert, A., Spermakultur 1219, 1495.
Gottlieb, J., Röntgendiagnostik der Nierenerkrankungen 1217.
— — Röntgenologische Diagnostik der Nierenkrankheiten 1218.
— — Harnblasenruptur durch Lithotripsie 1306.
— — u. Strokoff, F., Nephro- und Pyeloröntgenoskopie 1216.
— — G. u. Strokoff, F. J., Prostatographie 1626.
Gottron, Aleukämische Lymphadenosis cutis 1033.
— Basalzellenepitheliom 1033.
— 1873.
Gougerot, H., Präventive Malariabehandlung 967.
— — 1830.
— u. Carteaud, Epidermodysplasia verruciformis 1469.
— — — Papillomatosis pigmentosa papulosa et reticularis 1469.
— — — Retikuläre Papillomatose 1001.
— — Filliol, Erythema Bazin 1592.
— — Merklen, F. P., Gürtel- und bandförmige Prurigo 1593.
— Meyer, J. u. Thiroloix, P., Erythrokeratodermia palmaris 1474.
— u. Thiroloix, P., Papillomatöser fieberhafter Phagedänismus 1001.
Govaerts, P., Quinckesches Ödem 1656.
Goy, P. s. Jaubert, A.
Graevenitz, v., Scleroedema adultorum 1660.
Graf, P., Verteilung der Milzbrandpustel auf der Haut 1521.
Graff-Pancsova, E., Sterilität 1785.
Graham Little, E. G., Adipositas dolorosa 1464.
— — — — Erythematoides benignes Epitheliom 1777.
— — — — Dariersche Krankheit 1094.
— — — — Dermatitis herpetiformis 1093.
— — — — Lichen planus 1464, 1590.
— — — — Pagetsche Krankheit 1464.
— — — — Pityriasis rubra pilaris 1590.
— — — — Poikilodermia 1093.
Grandjean, A., Entwicklung der Syphilisbehandlung 960.
Grassheim, K. s. Lueg, W.
Grauhan, M., Verengerungen des Ureters durch Geschwülste 1947.
Gravagua, Seltene Beobachtung einer malignen sekundären Syphilis 1951.
Gray, A. M. H., Hämangiektatische Hypertrophie (Parkes Weber) 1590.
— N., Herpes zoster und Varizellen 1851.
Graziadei, G., Biologische Untersuchungen bei latenter Blennorrhoe 1222.
Grebe, L. u. Gaertner, O., R-Einheit im Bonner Röntgeninstitut 1093.
Greenbaum, S. S., Praktische Kohlensäureschneeform 1305.
— — — u. Harkins, M. H., Staphylokokkenfiltrate bei Staphylokokkenpyodermien 1518.
Greenberger, A. J. u. Greenberger, M. E., Harnröhrenelektrode 960.
Gregoriew, P. S. u. Jarishewa, K. G., Histologische Struktur syphilitischer Schädigungen bei Kaninchen 1308.
— — — — — D. G., Ungewöhnliche Beobachtungen bei angeborener Kaninchensyphilis 1091.
Gregorio, E. de, Trichomycosis palmellina 1131.
Gregorson, A. W., Ultravioletlicht bei Pemphigus neonatorum 1143.
Greibo, Erythrozytensenkungsreaktion bei der weiblichen Gonorrhoe 1969.
Griffith, H. D., Photometrie therapeutisch wirksamer Lichtquellen 1849.
Grigorakis, L. s. Guiart J.
Grintschar, F., Zur Lehre der Allergie 1648.
— — u. Rachmanoff, V. A., Rosazea und Mageninhalt 960.
Grober, Schutzglas bei U.-V.-Bestrahlungen 1560.
*Groß, B. G., Veramonexanthem 1638.
— H., Brauchbarkeit von Pferdeherzextrakten als Antigen 1309.
Grou, K., Lentiginosis profusa unilateralis 1591.
Grshebin, Blastomykose der Haut 1589.
— Lupus erythematodes der Kopfhaut 1660.
— Soziale Venerologie 1649.
*Grünberg, J., Fünf Jahre Bismogenoltherapie 1675.
Grütz, O., Benedeks Zephalosporium 1749.
— — Fischidiosynkrasie 1252.
*— — Pseudoleukokeratose der Mundschleimhaut 1075.
— — Sclerodermia guttata follicularis 1169.

Digitized by Google

Grütz, O., 1018, 1248, 1250.
Grulee, C. G., Sanford, H. N. u. Waldo, P. C., Neosalvarsan intraperitoneal 965.
Grumbach, A., Einfaches Nachweisverfahren der Spirochaeta pallida 1535.
Gschwendtner, L., Frauenberufstätigkeit 1013.
Guérin, A., Prophylaxe bei Rindern mittels BCG 1601.
Guiart, J. und Grigorakis, L., Klassifizierung der Erreger von Pilzerkrankungen 1201.
Guillain, G. u. Decourt, J., Zerebellaratrophie syphilitischen Ursprungs 1603.
Guiltscher, A. u. Schiller, J., Bakterien und Spermatozoiden 1014.
Guiraud, P. u. Thomas, A. J., Herpes der Haut 1656.
Gumpert, M., Behandlung der Gonorrhoe 1544.
— — Gonorrhoetherapie 1758.
*— — Stirbt die Syphilis aus? 1361.
— — s. Buschke, A.
Gundel, M., Lues und Blutgruppenzugehörigkeit 1728.
Günsberger, O. D., Individualisierung der Luesbehandlung 1597.
Gurewitsch, S., Prostitution im Deutschen Reich 1970.
Gurfinkel s. Feldmann, A. A.
Gurwitsch, B., WR und Sachs-Georgi bei Frauen und Brustkindern 1309.
Gurwitsch-Gragerowa s. Feldmann.
Guszman 1854.
Gutheil, E., Aktive analytische Impotenztherapie 1009.
Gutmann, C., Amyloid der Haut 1169.
— F. W., Erfahrungen mit Blennosan 972.
— M. J., Überempfindlichkeitskrankheiten 1824.
Gutschmidt s. Wedekind.

Haak, Arthropathia psoriatica gravis 1878.
— Cutis verticis gyrata 1878.
— Epidermophytie 1250.
— Granulosis rubra nasi 1878.
— Lichen ruber striatus 1877.
— Lupus erythematodes an Händen und Ohren 1878.
— Mycosis fungoides 1877.
— Neurodermie 1877.
— Sacromatosis cutis und Röntgenulkus 1878.
— Trophische Ulzera an den Beinen bei Lues 1878.
— Tuberculosis verrucosa cutis 1250.
— Xanthome beim Diabetiker 1877.
— 1878.
Haas, L., Röntgenhypersensibilität der Haut 1065.
— — Röntgenhyposensibilität der Haut 1829.
*— W., Veramonexanthem 1050.
Haberlandt, L., Hormonale Sterilisierung des weiblichen Tierkörpers 1499.
Habermann, Boecksche Sarkoide mit follikulären Hyperkeratosen 1872.
— Glossitis rhombica mediana 1872.
— Granulosis rubra nasi 1246.
— Lichtdermatose 1873.
— Lupus erythematodes? 1246.
— Melanodermie und Leukatrophie 1874.
— Sarkoid Boeck 1246.
— 1246, 1247, 1250, 1251.
— u. Berns, Möllersche Glossitis 1246.
— R., Lichen ruber hypertrophicus und obtusus 1169.
*— — Sarkoid Boeck 1259.
Haebler, A., Harnleiterzystoskop 1216.
— H., Nierenhämatome 1217.
Hämel, J., Tuberkulinproblem 1957.
Härtel, F., Lappenelephantiasis 1171.
Hahn, 1914.
— C. F., Acrodermatitis atrophicans 1875.
— — — Fall von Scabies norvegica 1749.
— — — Hydroa vacciniformis 1875.
— — — Ichthyosis hystrix 1875.
— — — Mycosis fungoides 1876.
— — — Untersuchungen an syphilitischen Affen 1749.
— F., Quéry-Serum 1193.
Halban, Cutis marmorata pigmentosa 1297.
— Urticaria pigmentosa 1297.
Halberstaedter, L., Radiumbehandlung der Mundhöhle 1524.
— — u. Simons, A., Behandlung der mit Röntgenstrahlen nicht zu heilenden Hautgeschwülste 1170.
Hallam, R., Pilzinfektionen der Hände und Füße 1956.
Halley, Ch. R. L., Patient, der 3 Infektionen mit Syphilis durchmacht 1532.
Hallheimer, S., Lichen planus und Arsylenwirkung 1520.
Halperin, S. u. Epstein, J., Dynamik der Gonorrhoe 1648.
Halter, G., Tuberkulose des weiblichen Genitales 1554.
Halty, M., Treponema hispanicum 1624.
Hamm, A., Behandlung der Mastitis puerperalis 1513.
Hammer, F., Hirschfeld, R., Mras, E., Mucha, V. u. Török, L., Angioneurosen, Urtikaria, Hämorrhagische Erkrankungen, Erythema multiforme und nodosum 1094.
— J. s. Ehmer, Th.

Digitized by Google

Hanauer, W., Geschlechtskrankenstatistik 1556.
Hankowski, W., Stryphnon in der Urologie 1276.
Hanschell, H. M., Injektionsbehandlung von Varizen 1139.
Hanser, R. u. Fuss, S., Spieglersche Tumoren 1745.
Hanum-Alijewa, T., Syphilitische Nodositas juxta-articularis 1648.
Hanzlik, D. J. s. Mertens, H. G.
Harnik, J., Psychologie der Zopfabschneider 1010.
Harkins, M. H. s. Greenbaum, S. S.
Harris, J., Syphilis des Herzens 1973.
Hartmann, E., Pseudodiphtherie der Haut 1747.
— F., Gelöse Erkrankung der Körperdecke 1017.
— H., Kokainismus und Homosexualität 1009.
— — u. Stumpfl, F., Zwillingspathologischer Beitrag 1824.
Harttung, Traumatisches Ödem 1518.
Hartung u. Schramm, Enthaarungsmittel „Eva-Creme" 1955.
— A. s. Laband, F.
Hartwick, A., Kosmetik 1070.
Hashiguchi, M., Dactylitis framboësica 1650.
— — s. Ikegami, Y.
Hassin, G. B., Behandlung der Tabes dorsalis mit Neosalvarsaninjektionen in den Subduralraum 1402.
Hauck, L., Behandlung der Geschlechtskrankheiten 1311.
— — Folliculitis suffodiens et abscedens 1170.
Hausmann, W., Allgemeinwirkungen des Lichtes 1045.
Hausser, K. W., Einfluß der Wellenlänge in der Strahlenbiologie 1071.
Hazen, H. H., Allergische Hauterkrankungen 1776.
— — — Röntgen- und Radiumbehandlung von Schwielen 1522.
— — — Syphilis 1311.
Hecht, P., Lungenerkrankung bei Lupus pernio 1531.
*Hedén, K., Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Lues recens vor Positivwerden der WR 1118.
Hediger, St., Resorption der Kohlensäure durch die Haut 1823.
Heft, Behandlung der kongenitalen Syphilis 1968.
Hegler 1246, 1247.
*Heidegger, E., Färbung der Pilze von Favus und Herpes tonsurans 1112.
Heidenhain, L., Problem der bösartigen Geschwülste 1660.
Heifitz, Akne durch „Blak" 1044.
Heimann, F., Strahlenbehandlung gut- und bösartiger Geschwülste 1818.
Heine, P. E., Kulturdiagnose der latenten weiblichen Gonorrhoe 1543.
Heinemann, Luesreaktion von Kadisch im Arbeitskreis des Tropenarztes 1753.
Heiner, M., Radiumauflegepräparate 1135.
Heinsius, F., Lues bei Mutter und Kind 1630.
Heller, Alte Frau die Nägel schneidend 1037.
— Depigmentierung der Linea alba 1843.
— Hallopeausche Erkrankung der Nägel 1037.
— Hodenatrophie nach Hernienoperation 1036.
— Trichophytie der Nägel 1034.
— Zirkumskripte Sklerodermie 1036.
— 1036, 1842.
— J., Bedeutung der Wirtschaftsstruktur für die Statistik der Geschlechtskrankheiten 1170.
— — Onychomycosis trichophytina 1945.
— — Paralysesterblichkeit der Bühnenkünstler 1534.
Hellerström, S., Lymphogranuloma inguinale 1465.
Hellwig, Geschlechtskrankheiten vom juristischen Standpunkt 1011.
— A., Eine Lücke im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1556.
— — Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1555.
Helmreich, E., Tuberkulose und lokales Blutbild 1529.
Helwig, F. C., Wachstumerzeugende Wirkung des Tabakextraktes bei Mäusen 1955.
Hensel, E., Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1012.
— O. s. Stein, A.
Henseler, H. u. Fritsch, E., Einführung in die Diathermie 1697.
Herfarth, H. s. Kollath, W.
Herman, Ch., Syphilis des Magens 1308.
Hermans, Framboësia tropica 1848.
Heronimus, E. S., Immunität bei Spirochäten- und Trypanosomeninfektionen 1015.
Herschmann, H., Luetische Erkrankungen des Zentralnervensystems 1313. 1533.
— — Paralysefrequenz in Wien 1923 bis 1927 1750, 1756.
Hersohn, W. W. s. Kilduffe, R. A.
*Herwitz, J., Diathermie gegen Prostatitis 1126.
Herxheimer, K., Eosinophile Zellen 1170.

Digitized by Google

Hescheles, J., Impfmalariabehandlung 968.
Hess, E., Nierentuberkulose 1066.
— P., Härteabhängigkeit der R-Dosen 1098.
Heuck, W., Malariabehandlung bei Gonorrhoe 1197.
— — s. Almkvist, J.
Heuer, G. s. Gildemeister, E.
Heyer, G. R., Hypnose und Notzucht 1820.
Heymann, K., Individuelle Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 1010.
Higer s. Sirota.
Higoumenakis, G., Hyperostose des sternalen Endes der rechten Klavikula 1594.
Hilse, A., Müllersche Gänge im Bruchsack von Inguinalhernien 1499.
Hinkle, W. A., Vagina und Uterus 973.
Hinkleman, A. J., Biochemie der WR 1307.
Hinselmann, H., Portioleukoplakie 1173, 1554.
— — Talgdrüse in der Portio 1819.
Hirschberg, B., Erythrodermia desquamativa Leiner 1143.
Hirschfeld, M., Kastration bei Sittlichkeitsverbrechern 1820.
— R. s. Hammer, F.
Hirschler, J. u. Monné, L., Verhalten des Idiosomas im Verlaufe der Spermatogenese 1501.
Hodorow u. Schermann, Dermatitis bei Fischreinigerinnen 1044.
Hodoss u. Gorew, Kafkasche Paraffinreaktion 1311.
Hörnicke, C. B., Lichtwirkung auf den Gesunden 1073.
Hofmann, E., Vererbung der Hydroa vacciniforme 1189.
— K., Vasal als Antiseptikum der Harnwege 1004.
Hoffmann, C. A., Elektrophysikalische Behandlung der Angiome 1171.
— — — s. Almkvist, J.
*— E., Bedeutung der Lymphdrüsenerkrankungen für die Erkennung und Erforschung der Syphilis 1346.
— — Begründung der experimentellen Syphilis durch Metschnikoff und Roux 1944.
*— — Wurmtumor durch Onchocerca volvulus 1868.
*— — Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Lues 1907.
— — Syphilis, eine heilbare Krankheit? 1312, 1688.
— — 1873, 1875, 1896, 1912, 1914, 1918.
— H., Erysipel mit Streptokokkenbefund in Blut und Harn 1852.
Hoffmann, H., Hautreizende Nutzhölzer 1170.
— W. H., Rivanol bei Lepra 1528.
Hoffner, K., Heilung von Röntgengeschwüren durch subaquale Hitzeduschen 1101.
Hogenauer, F. s. Schönbauer, L.
Holfelder, H., Holthusen, H., Jüngling, O. u. Martius, H., Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung 1068.
Holländer 1881, 1896, 1926.
Hollander, L., Organ-Luetin zur Diagnose der Syphilis 1304.
Holthusen, H. s. Holfelder, H.
*Holzapfel, K., Hautregeneration und Novipithel 1612.
Hombria u. Soto, Röntgentherapie bei Lichen planus und corneus 1690.
Homoria u. Soto, Röntgenbehandlung des Lichen 1628.
Honda, M., Rattenbißspirochäten 1653.
Honig, Fl. s. Wilson, W. A.
Hopfinger, O., Diathermiebehandlung des Pruritus 1518.
Horn, L. u. Kauders, O., Abgeschwächte Malariabehandlung 1541.
Horowitz s. Huet, L.
— — Jeanselme.
Hotta, Y., Experimentelle Untersuchungen über Malariaheilwirkung 1541.
— — Hauthorn von seltener Größe 1652.
— J. u. Schwarz, J., Serodiagnose der Gonorrhoe des Weibes 1757.
Houben, Fortschritte der Heilstoffchemie 1953.
Houghton, J. E. u. Gasser, R. R., Quantitative Kahnsche Reaktion 1305.
Hoyne, A. L. u. Silber Peacock, Diplokokken-Ziegenserum bei Masern 1699.
Hrschtanowsky, Kasuistik der gummösen Syphilis 1649.
Hryntschak, Th., Hufeisenniere beim Kinde 1949.
— 1974.
Hübner, H. u. Stolzenberg, H., Vulvovaginitis infantum 1781.
Hübschmann, K., Erythema chronicum migrans 1465.
— — s. Samberger, F.
Hühne, Th., Vasektomie bei Prostatahypertrophie 1503.
Huet, L., Pruritus in La Roche Posay 1599.
— — Pruritus perinei 1599.
— — s. Jeanselme.
— — Horowitz u. Lotte, Dermatitis herpetiformis, Pigmentflecken im Munde 1000.

Digitized by Google

Hudelo u. Cailliau, Retikulo-endotheliales Gewebe 1127, 1465.
— Cailliau u. Chène, Leukämie mit polymorphen Eruptionen 999.
— — — — Pseudosarkomatose Kaposi 1473.
— Lucien 1074.
— u. Rabut, Erythromelie 1473.
— — — Keratodermia palmaris und plantaris mit Aplasie der Nägel, Haare und Zähne 1000.
Hufnagel, A. s. Hufnagel, L.
— L., Hufnagel, A. u. Nabias, de, Oleome nach Kampferöl 1475, 1624.
Hufschmit, G., Behandlung des Lupus vulgaris mit Methylantigen 1623.
Hufschmitt, G., Leukämie 1468.
Hugel, R. s. Delater, G.
Hull, Th. G., Fry, L. u. Garwood, Ch., Kahnsche Flockungsmethode 1308.
Huxford, W. S. s. Pohle, E. A.
Hykes, O. V., Absorption von Fettsubstanzen durch die Haut des Frosches 1013.

Ichok, G., Gesetzgebung gegen die Geschlechtskrankheiten in Deutschland und Frankreich 1554.
Igersheimer, J., Syphilis und Auge 1780.
Ihara, Y., Lepra mit rein sensiblen Symptomen 1254.
Ikegami, Y. u. Hashiguchi, M., Pigmenterkrankungen auf Palau und Saipan 1651.
Illert, E., Antikörper im Kaninchenliquor 1015.
*Immerwahr, P., Nephrosen und Rolle der Lues 1154.
Imparato, E., Syphilis der Plazenta 1283.
Imre, M., Pemphigus-Epidemie 1143.
Ing, H. R. s. Twort, C. C.
Ingber, E., Radiumsensibilität des Aktinomyzespilzes 1134.
Insinger, F. G. s. Postma, C.
Irger, M., Syphilitische Infektion nach Biß 1602.
Irisawa, T., Nierentuberkulose 1041.
Ishewsky, Scharlachartiges Erythem nach Behandlung der Syphilis mit Wismut 1968.
Ismail-Sade, Syphilis der Hypophyse 1648.
Israel, W., Atypische Condylomata acuminata 1217.
Israelson s. Perkel.
— M. s. Behrmann.
— — — Feldmann, A. A.
— — — Perkel.
— — u. Bojewskaja, Komplementbindungsreaktionen mit Zitratplasma 1648.
*Israelssohn, M. M. u. Korol, S. A., Kadisch-Methode 1584.
Iwasa, D., Antisyphilitische Wirkung von Glutinkupfer 1041.

Jacob, F. M. s. Beinhauer, L. G.
Jacobi, H. u. Liechti, A., Streustrahlung 1099.
Jacobsen, A. W., Erbliche Dystrophie des Haares 1200.
Jacobson, H. P., Trichophytie der Füße 960.
Jacoby, H. s. Kuznitzky, E.
Jadassohn, J., 1730, 1830, 1854, 1872, 1874, 1875, 1877, 1880, 1914, 1915.
— Werner 1606.
Jaffe, E., Örelin 1043.
Jaffé, K. s. Blumenthal, F.
— R., Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs 1200.
Jagié, N., Mesaortitis luetica 1533.
Jahnel, F., Syphilisübertragung durch Paralytiker und Tabiker 1750.
Jahr, R., Apparat für Zystoskopie 1948.
Jaja, G., Chemotherapeutische Versuche bei Gonorrhoe 1480.
— — Goldbehandlung von Hauttuberkulose, Lepra und Psoriasis 1720.
— — Tuberkulose in Apulien 1223.
Jakob, A., Malariabehandelte progressive Paralyse 1756.
Jakubson, A., Cornu cutaneum 1649.
— — Russische Stovarsolpräparate 1969.
Jamamura, H., Nierenläppchen und -papille 1042.
Jamieson, R. C., Thymusbestrahlungen bei Psoriasis 1776.
Jancso, jr. N. von, Histochemische Methode zur biologischen Untersuchung des Salvarsans 1604.
Janitzkaja, E. u. Rjabow, M., Fehlen der Schweißdrüsen 1199.
Janssen, P., Prostatektomie 1774.
Janoušek, B., Unterschenkelgeschwüre und Verbrennungen mit Polysan 1817.
Jariau, N. C. s. Blair, J.
Jarisheva, K. G. s. Gregoriew, P. S.
Jasaitzkij, Stand der Lehre über hereditäre Syphilis 1603.
Jaskolko, Serodiagnostik der Syphilis nach Masslakowetz 1040.
Jasnitzki, N., Geschlechtskrankheiten unter Eisenbahnangestellten 1970.
Jasnitzkiy u. Nikitin, Vasomotorische Reflexe der Haut 1223.
Jaubert, A. s. Gory, M.
— — u. Goy, P., Staphylokokkenvakzinetherapie 1606.
Jausion, H. u. Lenègre, J., Insulin bei Staphylokokkenerkrankungen 1472.

Digitized by Google

Jausion, H., Pecker, A. u. Lenègre, J. Trypaflavin-Methylenblau bei Gonorrhoe 1472.
J. D., Organische Arsenpräparate bei Tripperrheumatismus 1497.
Jeanneret, R., Zwei Fälle von Chorionepitheliom 1551.
Jeannin, J., Phlebitis 1633.
Jeanselme, E., Dmelcos bei Lepra 1621.
— — Lepragesetz vom 17. April 1833 1702.
— Balthazard u. Darier, Durch japanischen Lack hervorgerufene Erscheinungen 1558.
— Burnier u. Eliascheff, Juxta-artikuläre Knötchen bei einem Syphilitiker 1622.
— Huet, L. u. Horowitz, Orientbeule mit Lymphangitis 1000.
— — — — — Sporotrichotische Gummen 1475.
— — — Horowitz u. Dupont, A., Sarkomatose Kaposi 1473.
— — — u. Lotte, Myzetoma durch noch nicht beschriebene Torula 1473.
Jefferson, Ch. W., Induratio penis plastica 1463.
Jellinek, St., Tödlicher Unfall durch elektrisches Bügeleisen 1142.
Jersild, O. u. Kristjansen, A., Kyrlesche Krankheit 1128.
Jesionek, A., Haut und Tuberkelbazillen 1189.
Jimenez de Asua, F. u. Kuhn, M. J., Salvarsan und retikulo-endotheliales System 1603.
Joachimovits, R. u. Schwarz, J., Dauerspülungen der Vagina 1503.
Jobst, P., Neue Behandlung des Lupus 1972.
Jogihess, M., Meningomyelitis luetica mit Syndrom Froin 1313.
Joly, M., Röntgenbehandlung nichtkrebsartiger Erkrankungen 1562.
Jongh, S. E. de s. Laqueur, E.
Jordan, A., Sklerodermie und Syphilis 1189.
*— — Syphilis bei Eheleuten 1578.
*— P., Alter und Geschlecht in der Biologie der Haut 1709.
Josefson, A. u. Malmgren, G., Exantheme bei Tuberkulose 1530.
*Joseph, A., Dematiaceae bei oberflächlichen Hautaffektionen 1396.
*— — s. Buschke, A.
— E., Seltene Nierentumoren 1948.
— J., Nasenplastik 1629.
— — Wangenplastik 1136.
— W., Pathologie und Klinik der Sarkoide 1063.
— — Trilysin und Haarausfall 1200.
Joulia 1606.
Jüngling, O. s. Holfelder, H.
Juhász-Schäffer, A., Gewebskulturen 1133, 1972.
Jui-Wu Mu u. Keim, H. L., Kahnsche Reaktion bei fieberhaften Erkrankungen 955.
Juliusberg 1880.
— F. s. Almkvist, J.
— — Nobl, G., Pick, E. u. Schönfeld, W., Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1725.
Juliusburger, O., Psychiatrische Untersuchung im Frauenkrankenhaus zu Reinickendorf 1822.
Juon, M., Sensibilisationsversuche 1071.
Jurjew, Schwarzer Dermographismus 1138.
Juster, Behandlung des Pruritus 1723.
— s. Louste.
— E., Kombination spezifischer Behandlung mit physikalischer und endokriner 969.
— — s. Lévy-Franckel, A.
Justin, L. s. Villaret, M.
— s. Valléry-Radot, P.
Justus, J., Präkanzeröse Zustände der Haut 1043.

Kabelík, J., Thiosulfat in der Therapie 1815, 1816.
*Kadisch, Experimentelle mykologische Fragen 1893.
*— Neue Brucksche Methode zur aktiven serologischen Untersuchung 1918.
— E. u. Ruan, S. W., Züchtung und Lebensdauer des Gonokokkus 1065.
Kähler, H. s. Linser, K.
Kafka, V., Humoralpathologisches Bild während des Malariafiebers 1541.
Kagelmann 1958, 1974.
Kahn, A. u. Smelow, Menstruation bei Syphilitikerinnen und spezifische Behandlung 1647.
Kairis, Z., Experimentelle Hydronephrose 959.
— — Malakoplakie der Harnblase 1004.
Kaiser, J. H., Einseitiger Hydrophthalmus und Feuermal 1522.
— K., Hautveränderungen bei Schwangeren 1521.
— W. K., Erhaltung erhöhter Empfindlichkeit gegen Tuberkulin 1529.
Kalina, O., Serologischer Rhinosklerom-nachweis 1039.
Kallas, H. s. Lipschütz, A.
Kalsada s. Faingold.
— — Mortorow.
Kamman, G. R., Herpes zoster als Frühsymptom eines Rückenmarktumors 1851.
Kaneda, S. s. Tamura, S.

Digitized by Google

Kanisawa, S., Konjunktivitis durch Schlangengift 1650.
— — Physiologische Wirkungen des Pyridins 1651.
— — Präzipitinreaktion beim Kaninchen 1653.
— — Purpura syphilitica 1653.
— — Über- und Unterempfindlichkeit des vorbehandelten Kaninchens 1971.
— — Wirkungen des Giftes von Naja atra 1652.
Kapeller, Tuberkelbazillennachweis 1702.
Kaplan, J. J., Strahlenbehandlung der Mund- und Gesichtserkrankungen 1515.
Kaplun u. Schönfeld, Nebenerscheinungen bei Salvarsan 1539.
*Kapp, J. F., Versuchen, die Vitalität der alternden Epidermis zu heben 1118.
*Karol, S. A. s. Bojewskaja, G. J.
Karplus, D., Allergie und Strophulus 1017.
Karrenberg, Acanthosis nigricans 1249, 1877.
— Acrodermatitis atrophicans 1249, 1876.
— Allergische Allgemeinerkrankung 1250.
— Bäckerekzem 1250.
— Beginnender Fox-Fordyce 1250.
— C. L., Die norddeutsche Pilzflora 1927.
— Erythrodermie ichthyosiforme congénitale 1876.
— C. L., Epidermophytosis in Europa 1094.
*— — — Färbung pathogener Pilze 1715.
— — Gleichzeitige Infektion mit drei Trichophytonarten 1255.
— — — Heilung der Warzen durch Suggestion 1171.
*— — — Histologische Untersuchungen von Achselhöhlenhaut 1275.
— — — Inguinale Epidermophytie 1253.
— — — Intravenöse Gonoflavintherapie 1758.
— Karzinoide nach Arning 1877.
— C. L., Kultureller Nachweis pathogener Pilze 1748.
— Leukokeratosis bei Psoriasis 1250.
— Lichen ruber anularis 1250.
— Lupus vulgaris 1250.
— Mycosis fungoides 1250.
— Naevus comedo follicularis 1877.
— Parapsoriasis en plaques 1249.
— C. L., Pilze aus Haut- und allergischem Allgemeinexanthem 1748.
— Pseudoleukokeratosis buccalis Grütz 1877.
— Simmondssche Krankheit 1876.
— Sklerodaktylie 1249.
— Scleroedema adultorum? 1249.
— Sycosis parasitaria 1249.
— Sycosis parasitaria mit Körpertrichophytie 1249.
*Karrenberg, C. L., Trichotillomanie 1731.
— — — Verzeichnis der Pilzsammlung der Klinik 1954.
— 1250.
— C. L. s. Ritter, H.
*Karyschewa, K. A., Hämorrhagische Vulvitis von Lipschütz 1157.
Katz, H., Syphilis und Schwangerschaft 1974.
*— Th., Behandlung der Gonorrhoe des Weibes 1214.
Katzenellenbogen, J., Epidemische Glossitis in Palästina 1062.
Kauders, O. s. Horn, L.
Kazarowa, M., Syphilitischer Primäraffekt an Vagina und Vaginalportion 1257.
Keane, W. C. u. Denis, Detroit, G. M., Leukoplakie der Harnwege 1848.
Keil, Epidermolysis bullosa hereditaria 1881.
— Rattenleprabazillen 1881.
— E. s. Unna, P. jr.
*— — u. Unna, P. jr., Kultivierung und Reinzüchtung des Lepraerregers 1663.
Keim, H. L., Dermatologisches aus Nordchina 1307.
— — — s. Jui-Wu Mu.
Keining, Lymphadenose der Haut 1247.
— Lymphadenosis circumscripta 1035.
— Lymphadenosis cutis circumscripta 1874.
— Multiple Basaliome 1247.
— Myxoedema circumscriptum bei Basedow 1874.
— 1247, 1249, 1875.
*— E. s. Mulzer, P.
Keller, Fr., Sensibilisierung von Meerschweinchen gegen Alttuberkulin 1728.
*— Ph., Epidermidale Aspergillusmykose 1831.
— — Wirkung des ultravioletten Lichtes auf die Haut 1072.
— — s. Rost, G. A.
Kende, B., Neuer Epilationsgriff 1525.
Kerb, J., Ulcus cruris 1172.
*Kerl, Bisher unbeachtete Knötchenerkrankung der Gesichtshaut 1895.
— Fall zur Diagnose 1301.
— Lupus erythematodes 1810.
— Lupus follicularis disseminatus 1456.
— Malariabehandlung der Frühlues 1909.
— Pityriasis rosea 1457.
— Schambergsche Krankheit 1456.
— Urticaria pigmentosa 1456.
— W., Aufgabe der Klinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten 1012.
— — Soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten 1505.
— — s. Almkvist, J.

Digitized by Google

Keropjan, Stigmata der kongenitalen Syphilis 1228.
Kestner, O., Strahlung und Klima 1046.
Key, E., Operative Behandlung großer Urethraldefekte 1782.
Keysser, Behandlung inoperabler Geschwülste mittels Elektrokoagulation 1198.
Khalil, M., Bilharzia der Blase 1501.
Kielleuthner, L., Prostatahöhlenbildung durch Tuberkulose 1552.
— — 1830.
Kiely, Ch. E., Zerebral bedingte Starrheit bei Paralytikern 1306.
Kilduffe, R. A. u. Hersohn, W. W., Mikro-Kahnreaktion 1308.
Kindler, W., Purpura traumatica 1516.
— — Vorteile und Gefahren des Zisternenstiches 1538.
Kingery, L. B. u. Adkisson, A., Fettlösliche Substanzen als Pilzabtöter 1090.
Kirby, G. H. s. Bunker, H. A.
Kirschbaum, W., Malaria-quartana-Fieber bei Metalues 967.
Kirchberg, Liquor cerebrospinalis bei Syphilis 1217.
— Liquor cerebrospinalis in verschiedenen Stadien der Syphilis 1814.
— Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis 1625.
— P., Indigoreaktion zur Liquordiagnostik 1311.
Kirsch 1881.
— H., Dosierung der Grenzstrahlen 1100.
Kiss, P., Nichtkonstitutionelle Faktoren in der Therapie der Lues congenita 1132.
Kissinger, Ph., 10 Fälle von Erythema infectiosum 1957.
Kistjakowski, E., Erythema multiforme oris 1139.
Kistjakowskiy, E., Erythrocyanosis symmetrica 1646.
Kitchevatz, Ätiologie der Lymphogranumatosis inguinalis 1622.
— u. Kitchevatz-Petrovitch, V., Fixationsprobe bei Lymphogranulomatosis inguinalis 1623.
— -Petrovitch, V. s. Kitchevatz.
Klaften, E., Antisyphilitische Behandlung der Neugeborenen 1312.
— — 1912.
Klauber, Z., Öffentliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 1010.
Klauder, J. V., Intravenöse Injektionen von Wismut bei Syphilis 955.
— — — Naevusbehandlung 1522.
Klebanow, Schanker bei einem fünfjährigen Knaben 1649.
Klein, H. W., Biologische Altersbekämpfung 1014.
Kleinmann, H., Thallium-aceticum-Epilation 1254.
Klemperer, E. u. Weissmann, M., Gasanalytische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis 1754.
— O., Neuere Erkenntnisse über Licht- und Röntgenstrahlen 1045.
Kletetschka, A. u. Lucksch, F., Herpes zoster und Varizellen 1140.
Klinge, F., Serumüberempfindlichkeit durch Eingriffe am aktiven Mesenchym 1016.
Klingmüller 1246, 1248.
Klövekorn, G. H., Dosierung der Grenzstrahlen nach R-Einheiten 1560.
— — — Kopfhalter als Zusatzgerät zur Kromayer-Quarzlampe 1305.
Klopstock, F., Immunitätsvorgänge bei Syphilis 1284.
— — Lipoid-Antikörper nach Einverleibung von Aminosäuren 1016.
— — Lipoid-Antikörper nach Einverleibung von Milch 1016.
Klose, B., Persönliche Erinnerungen an Nitze 1948.
Klotz, Hermann Gustav 1018.
Knack, A. V. u. Simon, H., Prostatitis 1786.
Knossew, Syphilid der Nase 1810.
Koch, H., Akute infektiöse Exantheme 1526.
— — Tuberkulinproblem 1529, 1957.
— K., Mißglückte Plastik aus dem Skrotum 1005.
Kochmann, M., Weibliche Sexualhormone 1696.
Köhler, H., Harnstoffbelastung 1217.
— — Harnstoffbelastung als Nierenfunktionsprüfung 1306.
König, A., Prostitution in Ungarn 1822.
— E., Plastischer Ersatz des Hodensackes 1549.
Königsdörffer, H., Porphyrie 1046.
Koenigsfeld, H., Kutane Tuberkulindiagnostik 1230.
Königstein, Adenoide Einlagerungen der Gesichtshaut 1459.
— Fox-Fordycesche Krankheit 1453.
— H., Bisher unbeachtete Knötchenerkrankung der Gesichtshaut 1522.
— — Wasserverschiebung der Haut 1064.
Kogoj, Fr., Allergie bei Pilzerkrankungen 1064.
— — Hämatogene Dermatomykosen 1065.
Kohlmann, G. s. Andersen, E.
Kolesnikow, N., Anatomie des Favus 1040.
v. Kolkow, Betrachtungen über Salvarsan und Wismut 1402.
Koliada, Ätiologie des Lupus erythematodes 1968.

Digitized by Google

Kollath, W. u. Herfarth, H., Immunisierung gegen Staphylokokkeninfektion bei Kaninchen 1015.
Kolle, W., Experimentelle symptomlose Syphilisinfektion 1314.
— — u. Prigge, R., Syphilisimmunität 1090.
Kollert, V., Luetische Erkrankung der Leber und Niere 1533.
Kolokolow, Behandlung der Syphilis maligna 1968.
Konczvald, T., Goldbehandlung der Hauttuberkulose mit Aurophos 1256.
Kondo, J., Gangränöse Geschwüre bei Varizellen 1228.
Konrad, Fremdkörpertumoren nach Kampferöl 1812.
— E., Diagnose der weiblichen Gonorrhoe mit Kulturverfahren 1495.
— J., Fox-Fordycesche Krankheit 1305.
— — Lichttherapie und Trypaflavin 1189.
— — Trypaflavin bei Tripper 1462.
Koopmann, H., Tuberkulöse Infektion unter Ehegatten 1600.
*Koppel s. Frei.
— A., Lymphogranuloma inguinale 970.
Kopstein, G., Resorption des Myosalvarsans 1755.
Korol s. Bojewskaja.
— S. A. s. Israelssohn, M. M.
Kortenhaus, F. s. Pesch, K. L.
Kosch, W., Korrektur abstehender Ohren 1136.
Koschucharoff, Herpes zoster haemorrhagicus 1685.
— Paraurethrale Gänge 1684.
Koshewnikow, P. s. Nikolskij, P.
Koslowa, A., Ätiologie der Alopecia areata 1201.
Kottmaier, E., Häufige Infektionsweise der Harnblase 1276.
— — s. Kottmaier, J.
— J. u. Kottmaier, E., Diathermie bei Harnröhrenkarunkeln 1276.
Kovàcs, F., Aplasia cutis congenita 1171.
Kowenicki, W. R. von, Quinckesches Ödem 1655.
Kral, A., Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion im Liquor 1512.
Kramer, F. s. Mann, L.
Krantz, Lues congenita tarda 1954.
Kraus, Alfred 1958.
— — 1974.
— E. J., Inkretorische Funktion der Zwischenzellen des Hodens 1785.
— F., Elektrotherapie 1134.
— O., Erysipelbehandlung 1144.
— R., Apathogenität des BCG-Stammes 1531.
— — Schutzimpfung mit B.C.G. 1727.
Kreibich, C., Langerhans-Zelle 1063.
Kreibich, C., Wesen der Bowen-Erkrankung 1063.
Kreiner, W., Nebenhoden, doppelter 1005.
Kreis, J., Pathologische Form der Menstruation durch kongenitale Syphilis 1468.
Kren, Angiokeratoma 1810.
— Mycosis fungoides 1298.
— Salvarsanexanthem 1298.
— Spirozidexanthem 1298.
Kristjansen, A. s. Jersild, O.
Kritschevsky, J., Neurotrope und dermatotrope Spirochäte 1688.
Kroh, F., Kohlensäureschnee 1143.
Kroitschin, A., Endothelioma tuberosum Spiegler 1223.
Krombach, K., Spirozidbehandlung der Säuglingslues 1756.
Kroó, H., Experimenteller Rekurrens 1752.
— — Immunitätsvorgänge bei Syphilis 1284.
— — u. Schulze, F. O., Spirochätenspezifische Antikörper 963.
*Kruspe, M., Müllersche Ballungsreaktion 1802.
Krynski, A. s. Neumark, S.
Kudenko, Syphilitisches Fieber 1602.
Küstner, H., Bedeutung der Diphtheriebazillen für das weibliche Genitale 1142.
Küttner, H., Klinische Beiträge der Sexualhormone 1499.
Kuhlmann, B., Lichtmessung bei künstlicher Höhensonne 1074.
Kuhn, M. J. s. Jimenez de Azua, F.
Kukujewitzky, D. s. Smirnow, O. L.
Kumer, Luetisches Exanthem nach ungenügender Spirozidbehandlung 1299.
Kumer, L., Dermatologie im Wandel der Zeiten 1823.
— — Herpes zoster und Varizellen 1189.
— — Radiumtherapie der Hautkrankheiten 1515.
Kundratitz, K., Malariatherapie der Lues congenita 968.
Kunewälder, E., Serodiagnose der Gonorrhoe 1494.
Kuznitzky, E., Acne vulgaris und Strahlenbehandlung 1224.
— — u. Jacoby, H., Strahlenempfindlichkeit von Röntgen- und Teerhaut 1747.

Laband, F. u. Hartung, A., Tuberkulose des Mundes 1662.
Lachmann, E., Röntgenbild der Knochenlues 1228.
Lafourcade s. Pinard, M.
Lahm, W., Biologische Karzinomheilung 1173.

Digitized by Google

Lain, E. S., Porokeratosis 1463.
Lakatos, V., Hodenoperation zwecks Verjüngung 1550.
Lama, A., Reaktion bei Seren von Syphilitikern 1753.
Lampert, H., Auslöschphänomen beim Scharlach 1956.
Lamprecht, W., Adiplatin in der Salbentherapie 1513.
Lancashire, C. L., Röntgentherapie der Hautkrankheiten 1829.
Landa, Bedeutung der Axiphoidie für vererbte Syphilis 1968.
*Landt, F., Cowperitis gonorrhoica 1842.
Lang, O., Behandlung der weiblichen Gonorrhoe 1781.
Lange, B. u. Lydtin, K., Untersuchungen an Rindern über BCG 1726.
Langer, Gonorrhoische Hyperkeratosis 1878.
— 1843.
— E., Blennorrhoische Phlegmone des Handgelenks 1036.
— — Lichen ruber und Arsenkeratose 1036.
— — Lupus der Nase 1035.
*— — Mißbildungen der Harnröhre 1363.
— — Nebenerscheinungen bei Wismutbehandlung 1492.
— — Primäraffekt der Oberlippe 1035.
— — Röntgenogramme der Harnröhre 1035.
— — Tertiäre Syphilis der Hoden 1844.
*— — Zur Diagnose der Harnröhren- und Blasenmißbildungen 1921.
— — s. Buschke, A.
*— — — Fischer, W.
— — Serologische Scharlachdiagnose 1698.
Langeron, L. u. Delcour, J., Coxitis gonorrhoica 971.
— — — D'Hour, H., Flockungsreaktion mit Resorzin 1310.
Langhans, J., Neurodermitis bei Spät-eunochoidismus 1521.
— S. s. Nagell, H.
Lanteri, G., Autovakzinkur der Keloidakne 1483.
— — Biologischer Nachweis der Gonokokkeninfektion 1482.
— — Leishmania tropica 1721.
— — Lupusähnliches Syphilid bei Heredoluetikern 1487.
Laqueur, E., Borchardt, E., Dingemanse, E. u. Jongh, S. E. de, Menformon, Wirkung auf die Brustdrüse 1007.
Lara, C. B. s. Wade, H. W.
Larat, J. u. Siebenmann, Ch., Ekzem und Leberinsuffizienz 1659.
Larminat, M. de, Wutanfälle und kongenitale Syphilis 1603.
Lasaris, J. s. Bricker, F.
Lassen, H. C. A., Lichtsensibilisation im Ultraviolett 1046.
Lauda s. Tulbermann.
— E., Diagnose und Therapie des Zoster 1140.
— G., Desensibilisierungstherapie in der Dermatologie 1512.
— — u. Bojewskaja, Liquor bei angeborener Syphilis 1223.
Laue, J. E., Skabies 1775.
Launay s. Milian.
Laurens, G., Gumma der Nasenscheidewand 1257.
Lavergne, V. de, Puerperaler Scharlach 1698.
Lazarus, P., Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde 1595.
Lebermann, F., Belastungswasserversuch als Nierenfunktionsprüfung 1217.
Ledermann, Recklinghausensche Krank- 1843.
— Therapieresistente Lues 1843.
— 1034.
Ledo, E., Gramsche Flüssigkeit bei Kerion Celsi 1628.
— — Familiäres Karzinom der Haut 1132.
Lees, D., Vulvovaginitis bei Kindern 1496.
Legueu, F., Phlegmonöse Perizystitiden 1218.
— — u. Fey, B., Harnleiterverengerungen 1625.
Le Hello s. Dufour, H.
Lehmann, W., Dauererfolge der periarteriellen Sympathektomie 1633.
Leiboff, S. L., Kolloidales Gold für die Langesche Reaktion 955.
Leidi, F., Boecksche Sarkoide 1720.
Leigheb, V., Vergiftung mit Thallium 1721.
Leipold, W., Durchlässigkeitsverhältnisse der Blutliquorschranke 1597.
Leiter, L., Höhensonne gegen Alopezie 1201.
Legrain, P. s. Moutier, Fr.
Legueu, F., Geschwülste des Nierenbeckens 1066.
Leiner, C., Bakterien in Kantharidenblasen und in Blutegeln 1014.
— — Präventivimpfung des Scharlachs 1228.
Lenègre, J. s. Jausion, H.
Lenormand, Nephrose vor Ausbruch der Roscola 1593.
Leonhardt, F., Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1555.
— L., Quaddelzeit bei Kindern in verschiedenen Altersstufen 1634.
Lepinay, E. s. Balozet, L.

Digitized by Google

Lépine, P. s. Levaditi, C.
Lereboullet, P., Ekzem des Säuglings 1142.
Léri, A. u. Lièvre, J. A., Naevokarzinom mit diffuser Melanose 1624.
Leslie-Roberts, H., Resorption der Salizylsäure 1846.
Lesné, E. u. Dreyfus, G., Örtliche Hautimmunität gegen Variola 1229.
Lesure, A. s. Loeper, M.
*Leszczynski, R. v., Einfluß des negativen Druckes auf die Haut 1769.
Leszczynski, R. v., Pathogenese der Impetigo herpetiformis 1746.
Leuret, E. u. Caussimon, J., Vergebliche Reinokulationsversuche bei BCG 1531.
Levaditi, C., Arsen-Wismutsalze bei Kaninchensyphilis 958.
— — s. Fournier, L.
— — u. Fournier, L., Wert der Wismuttherapie 1492.
— — Lépine, P. u. Troisier, J., Vakzinale Enzephalitis 1658.
— — Sanchis-Bayarri, V. u. Manin, Y., Präventivwirkung des Wismuts bei experimenteller Syphilis 965.
— — — — — — Schoen, R., Selbststerilisierende Neuroinfektionen 1141.
*Leven, Erblichkeit der multiplen Lipome 1563.
— L., Erbbiologisches zur Lues 1189.
Levenson, N. u. Schwarzblatt, Klinische Formen von Familiensyphilis 1647.
Levi, D. 1950.
— J., Lepra in Triest 1482.
— — Nicollesche Vakzine bei Ulcus molle 1489.
— L., Keratosis spinulosa 1722.
Levin, B., Tertiäre und Nervenlues 1305.
— J., Elektrokoagulation von Karzinom 1524.
*Levy, Bucky-Grenzstrahlen in der Dermatologie 1903.
— Ch. S., Blasenspülungen bei Phenol-Sulphon-Phthaleinbestimmung 960.
— G. s. Chevallier, P.
— J., Verlust des Ich-Gefühls und Hirnsyphilis 1730.
— W., WR mit erhitztem Serum 1953.
—-Bing, A. u. Barthelemy, R., Orale Behandlung der Frühsyphilis 1093.
—-Dorn s. Cohn, A.
—-Franckel, Syphilis des Magens 1037.
—-Frankel s. Louste.
—-Franckel, A. u. Juster, E., Mechanismus des Haarausfalls 1466.
—-Lenz, L., Orale Anwendung des Arsens bei Syphilis 1091.
Lewin, A., Entwicklung der Operationszystoskope 1948.
— — Geschlechtskrankheiten bei Gefangenen 1040.
— C., Ätiologie der bösartigen Geschwülste 962.
— — Entstehung histologisch neuer Tumoren nach Impfung mit bösartigen Geschwülsten 1854.
— G., Geschlechtskrankheiten unter jugendlichen Verbrechern 1557.
Lewinski, J., Sekretentnehmer nach Guttmann 1543.
Lewis, Th., Blutgefäße der Haut und ihr Verhalten gegen Reize 1095.
Lewith, R., Hopfendermatitis 1063.
— — Lichen striatus 1062.
Lian, C., Ätiologische Bedeutung der Syphilis bei Herzgefäßkrankheiten 1603.
Lieber, G. D., Physikalische Wirkung der Röntgenstrahlen 1561.
Liebermann, M., Grundmomente zur Dynamik der Gonorrhoe 1970.
— R., Serodiagnostik nach Masslakowetz 1040.
Lieberthal, E. P., Mikrosporie des Kopfes 1776.
Liechti, A. s. Jacobi, H.
— E., Mycosis fungoides 1062.
Liefschütz, J., Familiensyphilis 1647.
— — Serodiagnose der Syphilis 1223.
Liepelt, A. s. Deusch, G.
Lièvre, J. A. s. André Léri.
— — — — Léri, A.
Lignières, J., B.C.G. pathogen für den Menschen 1727.
— — Bedeutung der Tuberkulinreaktionen nach Schutzimpfung mit B.C.G. 1728.
— — Impfungen bei nicht tuberkulös infizierter Umgebung 1256.
— — Pathogene Eigenschaften des Vakzins BCG 1601.
Lilienstein, Erythema anulare centrifugum 1248.
— Erythema perstans faciei 1248.
— Lichen planus generalisatus 1871.
— Onycholysis partialis 1871.
— 1251.
Linde, Todesfall nach Kollargolinjektion 1970.
Linser, K., Doramad bei Ekzem 1190.
— — u. Kähler, H., Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs 1201.
— P., Hauttuberkulose und Immunität 1530.
— — s. Almkvist, J.
Lintwarew u. Senin, A., Wirkung von hämolysierten Erythrozyten aus syphilitischen Blut auf Kaninchen 1648.
Lipkin, Extragenitale Dorfsyphilis 1968.

Digitized by Google

Lipp, Lipomatosis multiplex 1300.
— Pemphigus vulgaris mit Trypaflavin und Quarzlicht behandelt 1812.
Lipschütz 1809, 1810, 1813.
— A. u. Kallas, H., Hypophysenhormone und Pubertätsgesetz 1819.
*— B., Eigenartige Gelbfärbung der Haut 975.
— — Einschlußkrankheiten der Haut 1656.
— — Pemphigusforschung 1190.
— — Zentrodermatosen 1748.
— — Zur Ätiologie der Masern 1527.
Lipschitz, W., Im Blut kreisende Substanzen als Grundlage für Lichtdermatosen 1559.
Lipskerov, S. s. Efron, N.
Lissmann, Sexualfunktionen der Prostatektomierten 1006.
Lissovsky, S. N., Gonokokkenantigen im Urin 1218.
Littauer, A., Präventivverkehr als Ursache schwerer Kolpitis 1553.
Little, E. G. G., Poikilodermie Civatte 1306.
Lloret, A., Erythrodermia generalisata nach Sanokrysin 1132.
Lloyd, V. E., Azetylarsan bei Frühlues 1604.
Lobligevis, Anwendung und Indikationen der ultravioletten Strahlen 1560.
Loeb, L. F., Natur der Allergene 1509.
— — — Sensibilisierung mit Allergenen 1017.
Löhe, Bromexanthem 1843.
— Keloide nach ulzeröser Lues 1035.
— Lichen ruber nach Salvarsan 1035.
— Psoriasis pustulosa 1843.
— Pyodermie végétante 1035.
— 1843.
— H. u. Rosenfeld, H., Monozytenangina mit Erythema nodosum 1190.
Loeper, M., Decourt, J. u. Lesure, A., Speicherung des Schwefels nach Nebennierenexstirpation 1145.
Loeser, A., Gonorrhoetherapie 1757.
— — Schwangerschaftstoxikosen mit Insulin behandelt 1521.
— — Subkutane Injektion lebender Gonokokken bei Gebärmutter- und Adnexgonorrhoe 1545.
Loeschke, A., Aneurysma dissecans auf luetischer Grundlage 1258.
Loewe, S., Aphrodisiaka 1008.
Löwenstein, G., Prostitution der Kinder 1970.
— 1811.
*Loewenstein, L., Blut- und Liquorbefunde bei Hirnlues 1398.
— — Therapie der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen 1758.
Loewenstein, L., s. Buschke, A.
Löwenthal, K., Grundfragen der experimentellen Geschwulstforschung 1853.
Loewy, E., Therapie der Masturbation 1008.
Lombardo 1695.
— C., Toxikologische Untersuchungen über Bleipräparate 1722.
Lomholt, S., Syphilisbehandlung mit Wismut in Wassersuspension 1190.
— — s. Almkvist, J.
Longo, P., Epidermolysis bullosa 1485.
Lorenz, H., Finsen-Lichtbehandlung 1097.
— W. F., Behandlung der Neurosyphilis mit Tryparsamid 1540.
Lorin-Epstein, M. J., Heilungsschwierigkeiten operativer Wunden 1171.
Lortat-Jacob, L. u. Brosse, Th., Glomus-Tumor 1472.
— — u. Brosse, Lymphangiom mit Pachydermie 1001.
— — L. u. Brosse, Th., Neuro-myoarterieller Glomus-Tumor 1470.
— — u. Poumeau-Delille, Rückenmarkssyphilis 963.
Lotte s. Huet, L.
— — Jeanselme.
— — Milan, G.
*Lourier, A., Herpes tonsurans und Favus der Augenbrauen 1019.
Louros, N. u. Gaessler, E., Antivirus nach Besredka 1015.
Louste u. Berton, Trichophytie am Rücken 1001.
— — Juster, Haarwuchsfördernde Wirkung der ultravioletten Strahlen 1476.
— Juster u. Mouneyrat, Erythromelie 1473.
— Lévy-Franckel u. Cailliau, Fox-Fordycesche Krankheit 1470.
— Lévy-Franckel u. Cailliau, Infektiöse, maligne Lymphogranulomatose 1001.
— u. Thibaut, Aknitis 1475.
— — — Behandlung des Lupus 1475.
— Thibaut, Cailliau u. René Cohen, Elephantiasis des Skrotums 1470.
— — — — Berton, Seborrhoe des Gesichtes 1470.
Luchsinger, R., Isoelektrische Punkte des Blutes in der Syphilis 1536.
Lucke, Zweckmäßige Darreichungsform von Jodkali 1402.
— W., Therapeutisches Taschenbuch der Hautkrankheiten 1133.
Lucksch, F. s. Kletetschka, A.
Ludwig, F. u. Ries, J. v., Biologische Bedeutung der Quarzlichtbestrahlung 1849.
Ludwinowsky s. Schimanko.

Digitized by Google

Lueg, W. u. Grassheim, K., Polarisationskapazität der Haut in bezug auf die Schilddrüse 1145.
Lukina-Dechterewa, Jugendliche Formen der progressiven Paralyse 1313.
*Lustig, Pyodermien ohne diätetische Behandlung heilbar 1889.
— W., Tätigkeit der medizinischen Laboratorien im Lichte des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1011.
Lutz, K., Prostatamassage 1552.
— W., Impetigo herpetiformis 1190.
Luzzi, D., Präsenile Hautveränderungen 1719.
Lydtin, K. s. Lange, B.

Maass, E., Framboësie im Hinterland Liberias 1660.
— — Karzinom bei Negervölkern 1955.
MacBride, W. L. u. Dennie, Ch. C., Immer wechselnde Therapie der Syphilis? 954.
MacCafferty, L. K. s. Dillingham F. H.
Maccari, F., Purpura und Tuberkulide 1720.
MacCormac, H., Leukämische Erythrodermie 1464.
— — — Papulo-vesikulöse Eruption mit sekundärer Streptothrixinvasion 1777.
MacKee, G. M. u. Eller, J. J., Diathermie in der Dermatologie 1632.
MacLeod, J. M. H., Parapsoriasis lichenoides 1777.
— — — — — Trichophytie und ihre Behandlung 1202.
— — — — — u. Dowling, G. B., Malassezsche Sporen 1093.
— — — — — — — — — Pityrosporon Malassez 957.
Maeda, J., Gerinnen des Blutes bei Hautkrankheiten 1042.
Maghern, G. u. Boncin, C., Impfung gegen sensibilisierte und nichtsensibilisierte Streptokokken 1606.
Majanz, Karzinomähnliche Erkrankungen des Penis 1774.
— A., Harnblasensteine beim Weibe 1216.
— — J., Peniskarzinom 1547.
Majocchi, D., Purpura anularis teleangiectodes 1720.
Malherbe, H., Gumma syphiliticum mit Drüsenbeteiligung 1218.
Mallinckrodt-Haupt, A. v., Protease der Hautpilze 1251.
Malmgren, G. s. Josefsen, A.
Maloff, G., Resorption des Quecksilbers nach Applikation von Präzipitatsalbe 1826.
Manca, V., Autovakzine bei Gonorrhoe 1695.
Mandel, J. v., Frühzeitige Diagnose der Nierentuberkulose 1066.
Manganotti, G., Gangrän durch Staphylokokken 1477.
— — Pathologische Anatomie der Schweißdrüsen 1481.
— — Untersuchungen mit Filtraten von Hauttuberkulose 1719.
Manicatide, M. u. Rosenkrantz, B., Zeichen der Aorta und großen Gefäße bei kongenitaler Syphilis 1534.
Manin, Y. s. Levaditi, C.
Mann, L. u. Kramer, F., Elektrizitätslehre 1750.
— T., Sexuelle Not 1134.
Mannheimer, H., Elefantiasis des Penis und Präputiums 1002.
Mano, Y., Aufhebung einer unspezifischen WR beim Kaninchen 1536.
— — Spirochätenagglutination 1535.
Manson-Bahr, Ph., Heilung anästhetischer Lepra nach Proteinchokbehandlung 1528.
— — P. H., Framboësie 958.
Mantegazza 1695.
Manteufel, P. s. Almkvist, J.
Marcel, J. E., Orchiepididymitis 1130.
Marceron, L., Methode von Maisler bei Gonorrhoe 971.
Marchionini, A. s. Schade, H.
Marchisio, L., Akroerythrodermia infolge Wismutinjektion 1483.
Marcoglou, A. E., Idiopathische Trichoklasie 1090.
Marcovici, E. E., Wirkungsvolle Behandlung von Krampfadergeschwüren 1846.
Marcozzi, A., Abnorme Pityriasis rosea 1491.
— — Akridin bei Gonorrhoe 1490.
— — Neoreargon 1479.
— — Spirochaete pallida im sympathischen Nervensystem 1695.
Marek, J. s. Schulmann, E.
Marfori, P., Lehrbuch der klinischen Pharmakologie 1654.
Margarot, J. u. Deveze, P., Serologische Syphilisdiagnose bei Leprösen 1778.
Margulis, Fixiertes Exanthem nach Salvarsan 1968.
Mariani, G., Abwehrtätigkeit der Haut 1722.
Marin, A. s. Archambault, G.
Marion, Pathogenese gewisser Zystalgien 1067.
Mariotti, E., Kausalbehandlung der Genitaldystrophie 1546.
— — Modifikation der WR 1309.

Digitized by Google

Markianos, J., Marchonsche Krankheit 1701.
Markson, A., Erythema nodosum nach Tonsillitis 1140.
Marras, A., Neojakol in der Therapie der Syphilis 1478.
Martenstein, H., Grenzstrahlentherapie 1099.
Marti, H., Thallium bei Pilzerkrankungen 1202.
Martin, A. N., Mastixreaktion in der Lumbalflüssigkeit 1131.
— C., Diphtherie des Skrotalinhalts 1549.
— H., Juxtaartikuläre Knoten bei Syphilis 1945.
Martinetz, P. G. s. Sáinz de Aja, E. A.
*Martini, E., Malariabehandlung der Frühsyphilis im Hinblick auf spätere postsyphilitische Erkrankung 1677.
Martinotti 1695.
— L., Veränderungen der Genitaldrüsen bei Pemphigus vulgaris 1693.
Martins, C., Malassezia furfur in einem Falle von Pityriasis versicolor 1227.
— — Microsporum lanosum bei Trichophytie 1201.
— H. s. Holfelder, H.
Maschkilleison, Naevus epidermo-hypertrophicus periarticularis 1648.
— s. Benjamowitsch.
— — Silberman 1648.
*— L. N. u. Silbermann, B. N., Lichen planus anulatus atrophicus 1180.
Masia, A., Pseudotuberkulöses Granuloma vegetans 1220.
— — Tertiär-luetische Orchiepididymitis 1222.
Masotti, A., Diathermo-Koagulator-Bohrer 1221.
Massmann, W., Aulinogen-Vaseline 1142.
Mastrocola, M. s. Tarchini, P.
Matras, Akrodermatitis mit sklerodermieartigen Veränderungen 1459.
*— A., Atypisch lokalisierte Hauterkrankungen durch Epidermophyton inguinale 1959.
— Basalzellenkarzinom 1459.
— Tuberkulose der Wangenschleimhaut 1302.
— Ulcus vulvae acutum 1813.
Matsumoto, S., Iconographia dermatologica 1068.
Mattes, A., Pyonephrose infolge von Steinen 1686.
Maurel, G., Quecksilberstomatitis 1662.
*Mayer, M., Tropische Hautkrankheiten 1866.
— — u. Ray, J. Ch., Leishmanien 1659.
— R., Atropinüberempfindlichkeit 1253.
Mayerhofer, E., Mongolenflecke 1174.
Mayr, J. K., Dermatologisches Übersichtsreferat 1012.
— — — Dysfunktion der Haut 1510.
— — — Formolreaktion bei Dermatosen 1190.
— — — Gonorrhoische Infektion bei Amputatio penis 1496.
— — — u. Bremer, B., Lokalisation der gonorrhoischen Arthritis 1543.
Mayser, H., Müllersche Ballungsreaktion 1310.
Mazzanti, C., Keratosis spinulosa 1478.
Mazzini, L., Entgiftende Wirkung des Serums auf Arsenbenzol 1479.
Mazzolari, C. s. Rizzi, S.
McBride, R. H., Kongenitale Syphilis 1775.
McCafferty, L. K. u. Genovese, S., Kosmetika 1850.
McCann, W. S., Serumbehandlung des Erysipels 1852.
McCartney, J. L., Neurosyphilis 1307.
McCord, J. R., Fall von kongenitaler Syphilis 1306.
McFadzean, J., Fremdkörper in der Blase als Ursache von Konkrementbildung 1501.
McIlroy, A. L., Gonorrhoe als Geburts- und Wochenbettskomplikation 1461.
Meineri, P. A., Alkalireserve der Haut 1719.
— — — Hydrophilieprobe der Haut 1477.
— — — Reaktive und physiologische Unterschiede der Haut 1488.
Melik-Beck-Sultanow, Favide und Leukoderm 1040.
Memmesheimer, A. M., Arsen in der Haut bei Salvarsandermatitis 1945.
— — Esophylaxie und neue Lichtforschung 1559.
— — M. Essentielle Teleangiektasien 1190.
*— — Experimentelle Untersuchungen über fokale Infektion 1889.
— — M., Jod bei Haut- und Geschlechtskrankheiten 1305.
Menagh, F. R., Urtikariabehandlung 1139.
Mendel, B., Hitzeempfindlichkeit der Krebszelle 1173.
Menninger, W. C., Hauterscheinungen nach Luminal 1827.
Mergelsberg, O., Abortivkur der Lues I seronegativa 1191.
Merklen, F. P. s. Gougerot.
Mertens, H. G. u. Hanzlik, D. J., Wismut als Diuretikum 1827.
Messis, N., Geschlechtskrankheiten in Sowjet-Rußland 1506.

Digitized by Google

Mestscherski, G. 1854.
Mestschersky, G. u. Bogdanoff, S., Superinfektion bei Syphilis 1092.
*Meves, H., Gumma sclerae 1288.
Meyer, F., Neues Scharlachserum 1956.
— H., Lichtbiologie und Lichttherapie 1071.
— J., Dystrophien der Kiefer durch Syphilis 1625.
— — Zysten des Handgelenks 1471.
— — s. Gougerot.
— — — Sartory, A.
— — u. Thiroloix, P., Keratodermie der Hände 1474.
— K., Kolbenkranzbildung um tote Tuberkelbazillen 1528.
— S., Ätiologie des Scharlachs 1698.
Meyn, A., Spontane Kaninchentuberkulose 1749.
Mgebrow, M., Ekzem- und psoriasisartige Pilzerkrankungen 1039.
— u. Brodsky, Sclerodermia alba guttata superficialis 1522.
— — Chajutin, Neurodermitis nodularis 1520.
— — Choroschin, Geschlechts- und Hautkrankheiten in Odessa 1557.
— Faingold u. Feldmann, J., Neurodermitis hypertrophica 1520.
— u. Morcinis, Funktionelle Proben in der Dermatologie 1511.
— G., Unbehaarte Haut bei Favus 1950.
Miani, G., Quecksilberpräparate von der Konstitution der Dioxydiamidoarsenobenzole 1695.
Michael 1844.
— J. C., Röntgenbehandlung der Acne vulgaris 1306.
*— M., Syphilis und Unfall 1366.
Michailow, S. u. Naumowa, Bismogenol 1402, 1603.
Michalowsky, L., Teratoide Geschwülste der Hoden beim Hahn 1006.
Michon, P., Abtragung der Atherome des behaarten Kopfes 1525.
— — Primäraffekt der Fossa navicularis 1532.
— — Verhalten gegen Syphilophoben 1532.
Mikulowski, V., Spastische Hemiplegie und Kongenitallues 1313.
Milian, G., Aktivierung der Syphilis durch Behandlung 1593.
— — Amenorrhoe, Asthenie und diarrhoische Zustände durch Lues 1593.
— — Aktivierung der Syphilis durch spezifische Behandlung 964.
— — Dyshidrosis durch antiluetische Behandlung geheilt 1594.
— — Dyshidrosis durch Streptokokkeninfektion 1952.
Milian, G., Erythrosis pigmentosa peribuccalis 1594.
— — Kalte Abszesse durch Staphylokokken 1593.
— — Pityriasis rosea nach Panaritium 1594.
— — Protrahiertes sekundär-luetisches Fieber 1593.
— — Purpuraartige Stichelung bei Krampfanfällen 1593.
— — Staphylokokkensepsis 1814.
— — Streptokokkenabszeß der kleinen Schamlippe 1952.
— — Technik der intravenösen und intramuskulären Einspritzungen 966.
— — Wellensandartige syphilitische Onychie 1594.
— — u. Brodier, L., Dermatologie im Jahre 1928 1012.
— u. Clément Launay, Lupus gebessert durch Erysipel und Typhus 1470.
— Clément, Launay u. Photinos, Th., Trichophytid nach Kerion 1472.
— u. Garnice, Apoplexie nach Treparsol 1814.
— — Launay, Ulzerationen der Zehen infolge syphilitischer Arteritis 1474.
— G. u. Lotte, Jacksonsche Epilepsie 5 Monate nach Schankerinfektion 1594.
— — — Photinos, Generalisierte Trichophytie nach Kerion 1594.
— u. Photinos, Th., Lichenifikation infolge von Trichophyton granulosum 1000.
Miller, H. s. Samson, R. W.
Minot, G. R., Familiäre Hämorrhagie 1137.
Minowada, M., Einfluß der Schilddrüse auf korneale Epithelien 1971.
— — Einfluß der Schilddrüsenexstirpation auf die Haut 1652.
— — Wirkung von kleinen Gaben Jod 1652.
Mirakjantz, Papillomatosis der Mundschleimhaut 1257.
Miskjian, H. G. s. Cole, H. N.
Mitchell, A. G. s. Friedman, L. S.
Mittermaier, Prostitution in Deutschland 1011.
Mitukewitsch s. Elisarow.
Mkrtitschjanz, A. J. u. Chasanoff, L. O., Immunotherapie bei Komplikationen der Gonorrhoe 1544.
Möller, Essentielle Keratosen 1250.
— Pemphigus vulgaris 1250.
Møller, P. F., Grundprinzipien der modernen Röntgentherapie 1098.
Mohrmann, B. H. U., Targesin 1758.
*— H. U., Präputialstein von ungewöhnlicher Größe 1185.

Digitized by Google

Moldovan, J. u. Zolog, M., Desensibilisierende Wirkung des Serums 1016.
Molesworth, E., Reiseerinnerungen eines Dermatologen 1462.
Mommsen, H., Scharlachproblem 1956.
Monacelli, M., Autolyse der Haut 1723.
— — Myosalvarsan 1695.
Moncorps, C., Keratodermia punctata disseminata symmetrica 1191.
Mondain, Ch. s. Douris, R.
Monné, L. s. Hirschler.
Monnerot-Dumaine s. Ravaut, P.
Montel, L. R., Neue Behandlungsmethode des Erysipels 1520.
Montesano, V., Handbuch der Hautkrankheiten 1595.
Montgomery, D. W. u. Culver, G. D., Sklerodermieartiges Epitheliom 1845.
— H., Basalzellenkarzinom 1775.
Moore, J. E., Symptomlose Neurosyphilis 1776.
— A. B. u. Aurelius, J. R., Röntgenbefund von Magensyphilis 1533.
Morandi, E. s. Rizzi, S.
Moreinis s. Choroschin.
— — Feldmann, A. A.
— — Mgebrow.
— — Perkel.
Mori, K., Behandlung der luetischen Zentralnervensystemkrankheiten mittels intralumbaler Proteininjektion 969.
Morrissey, J. H., Samenblasen- und Prostataherde im Becken 1006.
Morrow, H. u. Epstein, N. N., Syphilitische Phlebitis 955.
Morson, A. C., Radiumbehandlung des Blasenkrebses 1784.
Morton, S. A., Chorioepitheliomartige Hodentumoren 1502.
Mortorow u. Kalsada, Geschlechtsleben der Jugend Odessas 1556.
Moser, Wm., Kurze Bemerkungen über Syphilis 1307.
Mosinger, M. s. Saleur, H.
Moszkowicz, L., Retentio testis als Zeichen der Intersexualität 973.
Motojima, R., Einfluß der Röntgenstrahlen auf Entzündungen 1561.
Motornow, Epididymitis intrainguinalis 1647.
Mouchet, A., Ostitis syphilitica der Neugeborenen 1534.
Mouneyrat s. Louste.
Moure, P., Chirurgische Behandlung des Lupus 1624.
— — Zungenkrebs 1470.
Moutier, Fr. u. Legrain, P., Traumatischer Haarausfall 1466.
Mouzon, J., Malariatherapie bei syphilitischer Meningitis 968.
— — Thalliumazetat bei Mikrosporie 1202.
Mras, E. s. Hammer, F.
— F., Behandlung des weiblichen Fluors 1554.
— — s. Mucha, V.
Mrintyre, M. C. s. Stokes, J. H.
Mrongovius, Ulcera cutanea diphtheroidea 1970.
*Mrongowius, Ju. u. Duchan, G., Vermeidung der Komplikationen bei Thalliumtherapie 1834.
Mucci, A., Hautausschlag nach Trypaflavin 1694.
— — Trypaflavin in der Behandlung des Trippers 1039.
— — Widalsche Reaktion zur Diagnose der Syphilis 1723.
Mucha, V. s. Hammer, F.
— — u. Uras, F., Malariabehandlung der Syphilis 1542.
*Mühlpfordt, H., Kondylomatoide Präkanzerose der Genitalgegend 1403.
— — Nachweis der Spirochaeta pallida 1535.
Mühsam, E., Priapismus 1002.
Müller, 1299, 1302.
— E., Behandlung der angeborenen Syphilis 1312.
*— E. F. u. Delbanco, E., Die Haut, ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems 1348.
*— — — Die Haut, ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems 1882.
— H., Geschlechtskrankenabteilung der Stadt Mainz 1191.
— — s. Almkvist, J.
— O. s. Strauss, O.
— R., Müllersche Ballungsreaktion 1310.
— — Fortschritte in der Serodiagnostik der Syphilis 1309.
— — Salvarsanbehandlung und Tabes 965.
— W., Wirkung verschiedener Ätzmittel auf die Haut 1512.
*Münsterer, H. O., Herpes zoster generalisatus 1703.
Müssig, R., Präputialsteine 1003.
*Mulzer, Ansprache 1855.
— H. C. Plaut 1245.
— Mycosis fungoides 1245, 1246.
— Mycosis fungoides d'emblée 1246.
— 1246, 1247, 1248, 1250, 1251, 1913, 1918, 1974.
*— P. u. Keining, E., Lymphadenosis cutis circumscripta 1371.
Munk, A. s. Nathan, E.
— F. u. Flockenhaus, M., Ruheströme der menschlichen Haut 1507.
Munter, H., Überempfindlichkeitskrankheiten 1824.
Murray Peshkin, M., Asthma bei Kindern 1852.

Digitized by Google

Mutermilch, S. u. Salamon, E., Durchgang von Wismut durch die Meningen 1492.
— — — — — Meinickesche Trübungsreaktion bei Liquoruntersuchung 1309.

Nabarro, D., Vorgeburtliche Syphilisbehandlung 1461.
Nabias, de s. Hufnagel, L.
Naegeli, Röntgenschädigungen 1100.
Nagell, H. u. Langhans, J., Gonoflavin 1497.
— — — — — Impfmalaria und WR 1493.
Nàgera, A. V. u. Pinto, R. G., Malariabehandlung der progressiven Paralyse 1492.
Nagle, N. s. Willet, J. C.
Nagy, G., Hämorrhagisches Syndrom 1516.
Naneischwilin u. Wartavarowa, Kongenitale Syphilis bei Brustkindern 1283.
*Nanta, A., Experimentelle Aspergillose 1635.
Nardelli, L., Blutgruppen bei Hautkranken 1721.
— — Dermatitis durch Arsenobenzole 1481.
— — Erythrozyanose der Unterschenkel 1038.
Nardi, G., Dermatitis exfoliativa durch Arsenobenzol 1481.
— — Myelitis syphilitica praecox 1484.
— — Tertiärsyphilis des Augenlids 1491.
Narducci, F., Blutgruppen bei Hautkranken 1721.
— — Ekzem bei einem Diabetiker 1480.
— — Gangrän des Genitals 1220.
Nasta, M., Empfindlichkeit gegen Tuberkulin 1530.
— — u. Blechmann, M., Leukozyten und Leukozytenformel beim Meerschweinchen 1514.
— — — — — Wirkung der ultravioletten Strahlen auf die Tuberkulinempfindlichkeit 1515.
— — — Catzap, M., Wirkung wiederholter Tuberkulineinspritzungen nach BCG 1531.
Nathan, E. u. Munk, A., Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Myosalvarsan 1539.
— — — Stern, Fr., Mineralgehalt der Haut 1191.
— — — — — Mineralgehalt der Haut 1945.
Naumann, H. E., Cutis verticis gyrata 1253.
Naumowa s. Michailow, S.
Nedley, R. M. s. Wilson, W. A.
Nékám, der Venerologe in soziologischer Hinsicht 1042.
Neuburger, M., Hautkrankheiten vor Hebra 1507.
Neuda, P., der Gaumen ein Träger von Krankheitszeichen 1198.
— — Haarausfall am lateralen Anteil der Augenbraue 1525.
Neufeld, L. u. Szyle, D., Liquor cerebrospinalis, Antikörper und WR 1538.
*Neumark, S., Ätiologie und Pathogenese des Lichen planus 1666.
— — u. Krynski, A., Lichen planus und Röntgenbestrahlung des Rückenmarks 1466.
Neurath, R., Entwicklungsstörungen des Pubertätsalters 1819.
Nicolau, S., Eigentümlichkeiten des syphilitischen Primäraffekts 1476.
— — u. Blumental, M., Syphilitische Reinfektion nach Wismutbehandlung 1129.
— — — Schmitzer, J., Krysolgan bei Lupus erythematodes 1592.
Nicolich, G., Handbuch der Urologie 1133.
Nicolleau s. Zimmern, A.
Nieberle, Milzbrandübertragung 1749.
Niedenthal, R. s. Schultze-Rhonhof, F.
Niedermeyer, Aszendierende Gonorrhoe oder Appendizitis 971.
— A., Colpitis ex coitu condomato 1503.
Nielsen, L., Erythromelalgie nach Suizidversuch mit Gynergen 1514.
Niigata, Kl., Syphilis der Harnblase 1041.
Nikitin s. Jasnitzkij.
— B., Syphilis der Harnblase 1282.
Nikolskij, P. u. Koshewnikow, P., Syphilisbehandlung 1312.
*Nitschke, D., Klinische Erfahrungen mit Transargan 1681.
Nobel, E., Pockenschutz 1229.
— — Zu Calmettes Vortrag über Schutzimpfung mit BCG 1532.
— — s. Chiari, H.
Nobl, G. s. Juliusberg, F.
Noël, Ästhetische Chirurgie und Dermatologie 1453.
— — Lupus erythematodes bei der schwarzen Rasse 1467.
— — Psoriasis beim Neger 1128.
Noguchi 1018.
Noorden, W. von, Frostbeulenbehandlung 1518.
Norel, K. s. Boas, H.
*Nothhaas, Stoffwechselbefunde bei Psoriasis 1888.
*Notthafft, A. v., Funde mittelalterlicher Syphilis 944, 990, 1434.

Digitized by Google

Nolton, F. s. Eyre, J.
Novy, B. N., Urethritis durch denaturierten Alkohol 959.
Nowotelnow, Tbc. verrucosa disseminata 1649.
Nowotelnowa, Hautdiphtherie 1647.

Obraszow, A., Syphilis des Twerischen Gouvernements 1970.
Ochsenius, K., Nebenerscheinungen beim Istizingebrauch 1513.
O'Donovan, W. J., Exfoliierende Dermatitis mit Pigmentierung 1590.
— — — Melanodermie und follikuläre Keratose nach Salvarsan 1093.
Oelze, F. W., Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und Nachweis der Spirochaete pallida 1011.
— — — Halbautomatische Lumbalpunktion 1191.
— — — Nachweis der Spirochaeta pallida durch Färbung oder Dunkelfeld 1535.
*— — — Neuere Dunkelfeld- und Helldunkelfeldkondensoren 1639.
*— — — Neuere Mikroskopierlampen für Dunkelfeldbeleuchtung 1022.
Okun, J., Gesetzgebung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1970.
O'Leary, P. A., Wismut-Arsphenamin-Sulphonat 1540.
*Olesoff, J. N. u. Selisky, A. B., Klinik und Histologie der Xanthome 1787.
Onfray, R., Ambardsche Konstante bei Lues hereditaria 1534.
Ontañon, J., Riesenschanker der Unterlippe 1130.
— — s. Sainz de Aja, E. A.
Oppenheim, Dermatitis papillaris capillitii 1453.
— Katzenräude beim Menschen 1299.
— Luetisches Exanthem bei negativer Seroreaktion 1456.
— Luetisches Rezidivexanthem 1456.
— Lupus vulgaris nodularis vulvae 1452.
— Psoriasis, behandelt mit Trypaflavin 1299.
— Psoriasis vulgaris behandelt mit Trypaflavin- und Quarzlichtbestrahlung 1456.
— Trypaflavin-Quarzlichtbehandlung der Psoriasis vulgaris 1453.
— 1298, 1299, 1300, 1458.
— M., Hautschädigung bei Gasarbeitern 1191.
— — Luetische Hauterkrankungen 1257.
— R., Harntrakterkrankungen in chemischen Fabriken 1463.
— — Prostatahypertrophie, Elektrokoagulation 1006.
— — Saprovitan in der Urologie 1216.
Orbach, E., Krampfaderphlebitis der unteren Extremitäten 1633.
Oretschkin s. Edelmann.
— s. Faingold.
Orlow, P., Sachssche Methode bei Tripper 1040.
Orlowski, P., Impotenz des Mannes 1596.
Oro, A., Lupus erythematodes und Tuberkulose 1720.
Orphanidès, E., Dreimaliger Schanker durch Reinfektion 1476.
Osborne, E. D., Mikrochemische Studien über Arsendermatitis 1775.
Oslund, R. M., Physiologie des männlichen Genitalsystems 1545.
Ostrowski, St., Alkalireserve im Blute bei Syphilis- und Hauttuberkulose 1064.
Otto, R., Müllersche Ballungsreaktion 1310.

Pachur, R. s. Schumacher, C.
Pack, F., Serodiagnostik nach Masslakowetz 1040.
— G. T., Radiumtherapie von Hauttumoren 1846.
Paetzel, H., Polyarthritis nach unspezifischer Urethritis 1004.
Paetzel, W., Therapie urologischer Krankheiten 1513.
Pagès s. Euzière.
Pane, N. u. Cirillo, G., Bacillus exilis alcaligenes und Bacillus acidogenes Pane-Cirillo, die Erreger der Blaseninfektionen 1218.
Pais, L., Lepra genitalis 1484.
Paldrock, A., CO_2-Schnee- und Solganalbehandlung der Lepra 1701.
Pallot, G. s. Cotte, G.
Palvarini, A., Radiotherapie 1722.
Palzew, Meinickesche Mikro-Reaktion bei Brustkindern 1309.
Panow, W. P. s. Tarsis, F. J.
Pappenheim, M. u. Pollack, E., Syphilis und multiple Sklerose 1751.
Paraf, J., Zelluläre Bakteriolyse bei Tuberkulose 1726.
Parisot, J. u. Saleur, H., BCG, Schutz jugendlicher Personen 1601.
Partsch u. Breitländer, Strikturen im Röntgenbild 1783.
Paschen 1248.
Paschkis 1974.
Pasini, A., Dystrophia bullosa atrophicans 1694.
— — Superinfektion bei Syphilis 1092.
— — 1695.
Pasley, C. B., Konkremente in der Harnröhre 1003.

Digitized by Google

Passini 1693.
Paterson Brown, K., Chinineinspritzungen bei varikösen Geschwüren 1634.
Patkanjan, Stoffwechsel bei Hautjucken 1968.
Patterson, H. A., Syphilis und Epilepsie 1308.
Patzelt, V., Bau und Verhornung der menschlichen Epidermis 1507.
Paucot, H., Reaktivierung anscheinend erloschener Syphilis durch Vereinigung blutsverwandter Kongenitalsyphilitischer 1974.
Paul, Th. M., Ätiologie von Ekzem und Urtikaria 1589.
Paulian, D., Malariabehandlung der Tabes 968.
Paunz, J. u. Csoma, E., Immunität der Neugeborenen gegenüber Scharlach 1228.
Pautrier, L. M., Erythromelie 1622.
— — — Generalisierte exfoliierende Erythrodermie 1469.
— — — Pagetsche Erkrankung 1303.
— — — Pseudo-Sarkomatosis Kaposi 1622.
— — — Sporotrichotische Läsionen 1622.
— — — Ungewöhnliche Lichenifizierungen 1464.
— — — u. Diss, A., Schambergsche Krankheit 1467.
— — — Diss, A. u. Walter, Urticaria pigmentosa mit spätem Beginn 1467.
Payenneville, J. u. Cailliau, F., Endokrine Drüsen bei Kongenitalsyphilitischen 1592.
Pecker, A. s. Jausion, H.
Peemöller, Fr., Physiologische Bedeutung des Pigmentes 1145.
Péhu, M. u. Brochier, A., Häufigkeit der kongenitalen Syphilis 1815.
Peininger, Th., Verkürzung der Defibrinationszeit 1512.
*Peiser, B., Haarregeneration und Thallium 1378.
— — s. Buschke, A.
Pélévine, A. u. Tschernogouboff, N., Neue Tatsachen der Trichophytielehre 1590.
Penele, N., Endokrinopathie 1852.
Per, M. s. Feldman, V. L.
Peracchia, L., Psoriasis mit Arthropathie 1490.
Perantoni, G., Trypaflavin bei Tripper 1695.
Pérard u. Arvidet, Beobachtung von Hodentorsion 1068.
Perelzweig, J. J., Neue Prinzipien in der Behandlung der Syphilis 1654.
Périn, Amenorrhoe durch kongenitale Syphilis 1472.
Perkel u. Bojewskaja, Lokale WR 1536.
— Moreiniss u. Israelson, Reaktivierung der Bordet-WR bei der Syphilis 1952.
— — — — M., WR nach Milian-Gennerich 1537.
— u. Tarsis, Prophylaxe des Meningismus nach Lumbalpunktion 1539.
Perlmann, S. u. Weber, W., Experimentelle Erzeugung von Blasensteinen durch Avitaminose 1549.
Perrier, Bakteriurie und Zystalgie 1219.
Perutz, A., Gonorrhoetherapie 1496, 1544.
— — s. Almkvist, J.
*— — u. Rosner, R., Unspezifische Behandlung der Syphilis 1243.
Pesch, K. L. u. Kortenhaus, F., Zur Technik der MTR 1537.
Peter, F. M., Malaria-Herpes zoster 1140.
Peters, H., Praktische Auswertung der Eugenik 1820.
— u. Allison, Dick Test bei Scharlach 1699.
Peterson, E. s. Butler, C. S.
Petráček, E., Tertiäre Lues im Zusammenhang mit Traumen 1818.
Petresco, M. s. Sloboziano, H.
Petrosjantz s. Arakelow.
Petrow, A. s. Sacharjewskaja.
Pette, H., Enzephalitis der Kaninchen 1658.
Pfund, A. H., Ultraviolettes Licht durchlässiges Fenster 1849.
Philipp, E., Diagnose der Lues bei Mutter und Kind 963.
Philippson 1246, 1247, 1250, 1251, 1872.
Photinos, Th., Epidemie von Epidermophytie 1000.
— — Erythema migrans chronicum 1000.
— — Creeping disease 1592.
— — 1830.
— s. Milian.
Pope, W. J. s. Eyre, J.
Piccardi, G., Colargina 1222.
— — 1695.
— — u. Brunetti, F., Superinfektion mit Syphilis 1693.
Pick, E. s. Juliusberg, F.
Pinard, M., Lafourcade u. Versini, Ikterus nach Salvarsanbehandlung 1001.
— — — — — Lichenähnliche, melanodermische Erscheinungen 1469.
— — Vernier, P. u. Versini, Lupus erythematodes behandelt mit Goldsalz 1622.
Pini, G., Syphilis der Prostata 1486.
Pinkus, Xanthomatosis bei Cholesterinämie 1034.

Digitized by Google

Pinkus, F., Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1555.
— — Myosalvarsan 1755.
— — Syphilisdurchseuchung der Berliner Prostitution 1821.
— — Verhütung der Geschlechtskrankheiten 1505.
*— — Zur Epidemiologie der Skabies 1353.
Pinto, R. G. s. Nàgera, A. V.
Piorkowski, M., Metajodin 1632.
Pirkner, E. H., Parhedonien bei Epilepsie 1686.
— — — Sexualneurastheniker im Irrenhause 1067.
Pirquet, C., Stellungnahme zur Calmetteschen Impfung 1532 .
Planner, Pemphigus vegetans 1301.
— Pemphigus vulgaris 1301.
Platowsky, A., Soziale Venerologie 1040.
Plaut, H. C. 1102.
Player, L. P., Ureterkarzinom 1588.
Pockels, Pemphigoid der Neugeborenen 1251.
*— W., Pemphigoid der Neugeborenen und Dermatitis exfoliativa 1279.
Podestà, G. B., Behandlung des Ulcus molle mittels des aus demselben gewonnenen Vakzins 1221.
Pöhlmann, Technik der WR 1597.
Pohl, J. s. Almkvist, J.
Pohle, E. A., Huxford, W. S., Heliotherapie 1096.
Poincloux, P., Immunisierung und regionäre Impfung 1605.
— — Metritis 1780.
— — u. Weissmann, Metritis 1780.
Poix, G., Prophylaktische Impfung gegen Tuberkulose 1727.
*Polak, H. J., Acanthosis nigricans 941.
Polkey, H. J., Induratio penis plastica 1462.
Pollack, E. s. Pappenheim, M.
Polland, R., Hämato-, neuro- und psychogene Hautaffektionen 1192.
— — Natur der WR 1092.
Pollano, F., Sciarrareaktion 1222.
Polony, v. 1915.
Polugyay, J., Genitaltuberkulose und Röntgenbestrahlung 1501.
Pondman, A. B. F. A. s. Aldershoff, H.
Popoff, Behandlung der gonorrhoischen Arthritiden mit humanisiertem Immunserum 1685.
— Leucoderma acquisitum centrifugum 1684.
— Naevus tuberocavernosus zosteriformis 1685.
— Sarcoma lymphoblasticum 1684.
— Syphilitisch infizierte Kaninchen 1684.
Popovici-Lupa, M. u. Aurian, C., Leukozytenzahl und Auslöschphänomen bei Scharlach 1698.
Popper, M., Höhensonne und dermatologische Befunde 1687.
— — u. Raileanu, C., Kutireaktion mit inaktiviertem Filtrat von Bazillenemulsion 1256.
Porcelli, R., Unbeeinflußbare WR 1695.
Porosz, A., Behandlung des Rhinophyma 1687.
Portilla, J. F. de la u. Dauden, F., Fall von Pellagra 1629.
— — — — — — — — — Recklinghausensche Krankheit syphilitischen Ursprungs 1131.
— — — — — — — Tapia, R., Trepochinol in der Behandlung der Syphilis 1131.
Portmann, U. V. s. Glasser, O.
Posner, C., Nitze zum Gedächtnis 1948.
Postma, C. u. Insinger, F. G., Bowensche Krankheit 1591.
Poumeau-Delille s. Lortat-Jacob.
Pozzo, A., Dermatitis praecancerosa 1722.
— — Lymphangitis penis 1478.
Pratsicas, A., Viszerale Manifestationen der Blennorrhoe 1757.
Preis, K., Syphilitische Zuckerkrankheit 1730.
— — u. Forró, A., Urethritis saccharomycotica 1500.
Prieto, J. G., Depilation durch Thalliumsalze 1130.
— — A. G., Lymphogranulomatosis inguinalis 1627.
— — G. s. Covisa, J. S.
Prigge, R. s. Kolle, W.
— — u. Rothermundt, M., Experimenteller Rekurrens 1752.
Prinzing, J. F., Diphtherie des Penis 1547.
*Prochàzka, K., Pemphigus blastomyceticus 1759.
— — Streptokokkus bei Pemphigus vulgaris 1815, 1816.
Prochnik, J., Behandlung des Cheiropompholyx 1851.
Prunell, A., Takata-Ara-Reaktion im Liquor 1538.
Puerta, J. de la s. Sainz de Aja, A.
Pulvermacher, L., Konstitutionsbegriff in der Dermatologie 1882.
— — 1875, 1877, 1889.
Punch, A. L. u. Wilkinson, R., Einfluß des Ultraviolettlichtes auf die Produktivität des Industriearbeiters 1515.
Pusey, W. A., Alopecia areata und Gemütserregung 1278.

Digitized by Google

Rabinowitsch, E. s. Sternberg, A.
Rabuchin, J. s. Abramowitsch, Th.
Rabut, Lupus pernio 1622.
— s. Hudelo.
Rachmanoff, V. A. s. Grintschar, F.
Racić, J., Harnblasen- und Nierensteinkrankheit in Dalmatien 1774.
Radaeli 1693.
— A., Interdigitale Blastomykose 1721.
— — Papulo-nekrotisches Tuberkulid 1220.
— — Ultraviolette Therapie der Psoriasis 1485.
— F., Erbsyphilis mit lupiformen Hauterscheinungen 1720.
— — Hautkrankheiten 1595.
Radnai, E. s. Rajka, E.
Rajewski, Reaktion Costa bei Lepra 1701.
— B., Meßgerät zur Dosierung der ultravioletten Strahlen 1560.
Rajka, E. s. Torök, L.
— — u. Radnai, E., Wirkung der Ultravioletbestrahlungen auf WR 1493.
Raileanu, C. s. Popper, M.
Raiziss, G. W., Trypanozider Wert des Arsphenamins 1845.
Ramel, E., Lymphogranulomatosis inguinalis 1192.
— Moulage 1001.
Ramond, L., Fazialislähmung infolge Herpes zoster 1140.
— — Tuberkulöse Hautgummen 1256.
Raposo, L. S., Faktoren der Krebsbildung 1173.
— — — Krebserzeugung durch Teer 1172.
Rasch, C., Neurolues 1686.
Ratschkowsky s. Bytschkowa 1970.
Rauschkolb, J. s. Cole, H. N.
Ravalico, M. s. Balbi, E.
Ravaut, P., Elektrokoagulation bei Granuloma anulare 1475.
— — Epidemie durch Trichophyton nideum radians 1525.
— — u. Boulin, R., Leukozyten des Liquor cerebrospinalis bei Luetikern 1753.
— — — Mounerot-Dumaine, Nagelatrophie und Synechie kongenital-syphilitischen Ursprungs 1591.
Ravogli, A., Syphilisbehandlung 1307.
Ray, J. Ch. s. Mayer, M.
— Jones, W., Fremdkörper in der Scheide 1463.
Rebaudi 1693.
Redlich, E., Beziehungen der multiplen Sklerose zur hereditären Lues 1751.
Reed, Ch. B., Impetigo oder Furunkulose der Neugeborenen 1775.
Reilly, J. s. Teissier, P.
Reinhardt, Eheberatungsstellen 1506.
Reiprich, W., Inkretorischer Einfluß der männlichen Geschlechtsdrüse auf Empfängnis und Schwangerschaft 1499.
Reis, K. s. Bock, R.
Reisner, A., Krebsbildung auf Lupus erythematosus 1192.
Reiter, H., Experimentelle Syphilisstudien 1284.
— T. u. Gábor, D., Ultraviolette Strahlen und Zellteilung 1071.
Remlinger, P. u. Bailly, J., Sterblichkeit der mit B.C.G. behandelten Meerschweinchen 1727.
Renaux, E., Technik der Spirochätenfärbung 1284.
Retterer, E., Entwicklung überpflanzter Hoden 1218.
Reyn, A., Jetzige Finsentherapie 1097.
Reynaud, H. s. François-Dainville, E.
Reyner, C. E., Gold-, Mastix- und Benzoereaktion der Zerebrospinalflüssigkeit 1304.
Richard, M., Anastomosenoperationen bei Azoospermie 1786.
— — Aszendierende Epididymitis 1784.
— — Gefäßversorgung der männlichen Keimdrüse 1784.
Richter, E., Organsyphilis 1729.
— M. N. s. Fraser, J. F.
*— W., Blastomykosen (Buschke-Busse) 931.
— — Fieberbehandlung in verschiedenen Stadien der Syphilis 969.
— — Lichen vaccinicus 1275.
— — Luische Erkrankungen der Parotis 1728.
*— — Oidiomykosen (Gilchrist) 978.
*— — Soormykose 1231.
Riddoch, G., Neurosyphilis 958.
Riecke, H. G., Lepra tuberosa 1700.
— 1873, 1877.
Rieder, H. u. Rosenthal, J., Röntgentherapie 1095.
— W., Kapillarmikroskopische Untersuchungen 1136.
— — Mißbildungen des Nebenhodens 1499.
Riehl, G., Farben in der Dermatologie 1823.
— 1298.
— jun., Chininidiosynkrasie 1813.
— — Salvarsanüberempfindlichkeit 1459.
— — Schwefelsäureverätzung 1303.
— — Verbrennung im Trichloräthylenrausch 1302.
Ries, J. v. s. Ludwig, F.
Riese, H.. Operation bei Samenblasentuberkulose 1785.
Rigo, L., Seit vier Jahren bestehendes Ulcus molle 1220.
*Rille, J. H., H. Noguchi 1061.
— — — 1877, 1896.
Rjatow, M. s. Janitzkaja, E.
Rinjard, P. s. Carré, H.
Rittau, M., Behandlungszwang für geschlechtskranke Soldaten 1556.
Ritter, Höhensonnenbestrahlte Vitiligo 1248.

Digitized by Google

Ritter, Kerion der Perinealgegend 1248.
— Kopfnarbe nach Kerion Celsi 1248.
— 1246, 1247, 1249, 1251, 1877, 1878, 1896, 1906, 1914.
— H., Aktuelle Fragen der Dermatologie 1748.
*Ritter, H., Tertiärsyphilitische Erscheinungen nach Malariakur 1290.
— — u. Karrenberg, C. L., Hautschädigungen durch Pilze 1192.
*Ritzefeld, A., Erfahrungen an 477 Subokzipitalpunktionen 1678.
*— — Liquoruntersuchungen bei 477 Subokzipitalpunktionen 1838.
Rivalier, E., Antigenbehandlung des Ulcus molle 1593.
Rizzi, S., Mazzolari, C. u. Morandi, E., Photometer Vernes 1478.
Robin, P., Wie schützt man sich vor Geschlechtskrankheiten? 1010.
Roederer, J. u. Sloimovici, A., Ulcus vulvae acutum 1129.
— — u. Woringer, Tuberculosis verrucosa bei einem Kinde 1468.
Roeschmann, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1012.
Rösler, K., Bakterien in Kantharidenblasen und Blutegeln 1015.
Roger, H., Siméon u. Coulange, Friedreichsche Krankheit 1283.
Rogers, L., Hydrokarpusarten bei Lepra 1230.
Rogg, Wismutbehandluug der Syphilis 1596.
Rohleder, H., Therapie der Masturbation 1008.
Roldau s. Forns.
Rollin, Argyrosis cutis universalis 1876.
— Cutis verticis gyrata et Cutis gyrata palmarum 1876.
— Elefantiasis der Beine nach Erysipel 1247.
— Kalzinose des Ohrläppchens 1247.
— Xeroderma pigmentosum tardivum 1876.
Rolnik, Syphilis und Konstitution 1257.
Romaschew, Deformation der Ohrmuscheln 1970.
Romeis, B., Mikroskopische Technik 1953.
Ronchese, F., Störungen in der Sexualsphäre während der Wismutkur 1479.
Rorke, M., Vorgeburtliche Gonorrhoebehandlung 1461.
Rosenberg, M., Bronzediabetes und Blei 1045.
Rosenblum, Ph. S., Prostatismus ohne Prostata 1463.
Rosenburg, A., Endovesikale Thermokoagulation 1501.
— — Methode zur Befestigung des Dauerkatheters 1548.
— — Thermokoagulation 1783.
Rosenfeld, H. s. Löhe, H.
Rosenkrantz, B. s. Manicatide, M.
Rosenhagen, H., Klimakterische Gesichtsbehaarung 1200.
Rosenthal 1843.
— F., Acrodermatitis atrophicans 1034.
— G., Zuckerhaltige Einspritzungen bei Trichophytie 1632.
— J. s. Rieder, H.
— O. s. Almkvist, J.
*Rosner, R. s. Perutz, A.
Rossi, G., Sarkomatose der Haut 1722.
Rossow, Juxta-artikuläre Nodositäten 1228.
Rost, G. A. u. Keller, Ph., Diathermische Elektrokoagulation 1197.
Rostock, P., Erfolg der Röntgenbestrahlung bei Sarkomen 1198.
— — Haarpigmentierung nach Röntgenbestrahlung 1100.
Rother, W., Präventivverkehr als Ursache schwerer Kolpitis 1553.
Rothermundt, M. s. Prigge, R.
Rothschild, A., Nitze und die Urologie 1948.
Rottmann, H. G., Prophylaxe der kongenitalen Syphilis 1192.
— — — s. Eichler, P.
Rothman, St. s. Behaghel, O.
Rothschild, A., Entfernung von Harnleitersteinen 1463.
Roucavrol, E., Wie wirkt die Diathermie? 1463.
Rouèche, H., Antituberkuloseimpfung mit B.C.G. 1726.
Ruan, S. W. s. Kadisch, E.
Rubino, M. C., Neue serologische Reaktionen bei Lepra 1701.
Rubritius, H., Behandlung gonorrhoischer Komplikationen 1545.
Rudder, de, Myosalvarsan bei Säuglingen 966.
Rudinsky s. Glasko.
Rüdel, O., Färbung der Leprabazillen 1528.
Ruete, A. E., Lichen planus pemphigoides 1193.
Rüttenauer, A., Ultraviolettmessungen mit Kadmiumzelle und Elektrometer 1096.
Ruge, H., Behandlung der frischen Syphilis 963.
— — Spirochaetosis arthritica 1946.
*— — Spirozid bei Rückfallfieber 1302.
— — Vorbeugungsmittel bei Geschlechtskrankheiten 1010.
— — 2058 Fälle von katarrhalischem und Salvarsanikterus 1848.
— — Neues Problem der Malariaforschung 1700.
Ruhemann, E., Jod-Dermasan in der kleinen Chirurgie 1513.
— — Krampfaderinjektionsbehandlung 1139.
Rule, A. s. Schamberg, G. F.
Ruppe, Ch., Quecksilber- und Wismutstomatitis 1401.

Digitized by Google

Rusch, Keratodermia plantaris et palmaris 1454.
— Lichen nitidus 1809.
— Papulonekrotisches Tuberkulid 1454.
— Papulonekrotische Tuberkulide 1809.
— Purpura Majocchi 1454.
Ruwinskij, Granuloma anulare 1647.

Saalfeld, E., Kosmetik und Psyche 1972.
— — Radiumnebenwirkung 1193.
— U., Statistik der Recklinghausenschen Krankheit 1587.
Sabouraud, R., Allgemeine Bemerkungen über Pilze 1951.
— — Parasitäres Ekzem 1519.
— — Pyodermien und Ekzeme 1134.
Sabrazès, J., Färbbarkeit der Spirochäten mit Ziehlschem Fuchsin 1535.
Sacharewskaja u. Petrow, A., Behandlung der Pilzerkrankungen mit Thallium 1526.
Sachs, H. u. Witebsky, E., Citocholreaktion und Lentocholreaktion 1537.
— S., Papillomatosis der männlichen Harnröhre 1649.
Sack, W. Th., Psychogene Dermatosen 1064.
Sackenreiter, G., Tuberkulose der Lippen 1467.
Sacks, J., Prostatitis acuta 1040.
Sainton, P. u. Véran, P., Erythromelalgie und Basedow 1633.
Sainz de Aja, E. A., Dermatitis vesiculosa 1130.
— — — — — Lumbalpunktion und bullöse Dermatosen 1131.
— — — — — Psorigallol bei Psoriasis 1629.
— — — — — Seborrhoisches Ekzem 1629.
— — — — — Syphilis ohne Schanker 1646.
— — — — — Fernández, N. C. u. Martinetz, P. G., WR und Meinicke bei 4000 Kranken 1689.
— — — — — u. Ontañon, J., Gonorrhoisches serpiginöses Geschwür 1628.
— — — A. u. Puerta, J. de la, Herpes nach Wismut 1130.
Saidman, J., Rationelles Verfahren der Lichtbehandlung 1560.
— — Sensitometrie der Haut 1469.
Saidner, Syphilis in Nikolajew 1649.
Saigraeff, M., Histotopographie 1551.
Sainton, P. u. Véran, P., Alopezie beim Kaninchen durch Thyreoideaextrakt 1623.
Sakurai, K., Chrysarobin 1652.
Salamon, E. s. Mutermilch, S.
Saleur, H. s. Parisot, J.
— — u. Mosinger, M., Tuberkulin-Kutireaktion 1530.
Salamon, E. s. Mutermilch, S.
— H., Histologie der Kaninchensyphilis 1064.
Šamberger 1958.
*— Fr., Ichtoxyl 1445.
— F. u. Hübschmann, K., Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten 962.
*Samek, J., Zirkumskriptes Myxödem 1607.
Sammartino, R. s. Christeller, E.
Samson, R. W. u. Miller, H., Pollenallergie 1558.
Sanchis-Bayarri, V. s. Levaditi, C.
Sanderson, E. S., Lipoidextrakt aus Kammmuscheln bei WR 1308.
— — — s. Smith, D. C.
Sanford, H. N. s. Grulee, C. G.
Sannicandro, G., Blutalkalireserve bei der Syphilis 1719.
— — Kalzium bei Hautleiden 1038.
— — Motorische, syphilitische Polyneuritis 1489.
Santalow, Verrucae disseminatae 1968.
Santiago, A. G., Syphilis der Unschuldigen 1629.
Saphir, W., Hodenteratom 1501.
Saratzeano, E. Fl., Constantinesco, E. u. Dimolesco, R., Zerebrospinalflüssigkeit bei tertiärer Syphilis 1625.
Sarbó, A. v., Mit Impfmalaria behandelter Fall von Lues cerebri 1542.
Sard, J. de, Argyrol 1218.
Sartory, A., Sartory, R. u. Meyer, J., Onychomykose 1227.
— R. s. Sartory, A.
Saxby Willis, F. E, Vakzinale Meningitis serosa 1699.
Saxl, P., Reizkörpertherapie 1044.
Sazerac, R. u. Vaurs, R., Arsenwirkung auf Spirochäten 1751.
Sceoch, H. H., Tinea interdigitalis am Fuß 1956.
Schade, H. u. Marchionini, A., Physikalische Chemie der Hautoberfläche 1255.
Schall, L., Lichterythem 1045.
— — u. Alires, H. J., Biologie des Ultravioletlichts 1072.
Schamberg, J. F. u. Rule, A., Heiße Bäder bei experimenteller Syphilis 955.
Schapiro, D., Wirkung des Kreosots auf die Haut in mit Durchtränkung von Eisenbahnschwellen beschäftigten Betrieben 1513.
— J. N., Nierenmißbildung 1217.
— K. s. Sinari.
Scharfetter, K., MTR im Liquor cerebrospinalis 1311.
Schauloff, Syphilis congenita tarda 1686.
Schaumann, J., Psoriasis und Lupus erythematodes 1469.
Scheele, K., Steinschnitt und Sectio alta 1948.
Scheer, K., Säuretherapie des Ekzems 1519.
Schein-Vogel, Eheliche Geschlechtskrankheiten 1649.

Digitized by Google

Scherber, Mycosis fungoides 1452.
— Pemphigus vulgaris 1452.
Schermann s. Hodorow.
Scheumann, F. K., Eheberatung 1070.
Schiller, J. s. Guiltscher, A.
Schimanko, J. J. u. Berman, L. S., Hochfrequenzströme 1255.
— — — — — — — Arsonval-Ströme 1847.
— u. Ludwinowsky, Sensibilitätsfähigkeit der Haut 1969.
*Schindler, E., Stauungspapille bei gonorrhoischer Augenerkrankung 1297.
Schirwind, Serologische Reaktionen bei Lepra 1230.
Schirwindt u. Alexejewa, A., Aktive Modifikation der WR 1648.
Schister s. Brodsky.
Schiwy, H., Geschlechtskrankheiten 1557.
Schlagintweit, F., Krankheit und Tod Napoleons III. 1948.
Schlesinger, H., Gonorrhoe und Lues als Ursache von Gelenkserkrankungen 1543.
— — Syphilis und innere Medizin 1225.
Schleyer, O. s. Zurhelle, E.
Schlotthauer, C. F., Caylor, H. D. u. Sheard, Ch., Sensibilisierung von Tieren 1046.
Schlüter, H., Innerliche Behandlung mit Jodschwefel 1043.
Schmidt, A., Strikturen der Harnröhre im Röntgenbilde 1547.
— F. R., Tumoren ähnlich der Mycosis fungoides 1845.
— — — u. Zickmann, R. C., WR, Kahn und Meinicke-Proben 1307.
—-La Baume und Hermann 1018.
— P. W., Fox-Fordycesche Erkrankung 1254.
— W. J., Behandlung der kavernösen Angiome 1135.
— W. S., Submikroskopischer Bau der Hornfibrillen 1193.
Schmitzer, J. s. Nicolau, S.
Schmutte, Geschlossene Nierentuberkulose 1217.
Schneider, C., Nierenfunktionsprüfung mit der Säureumschlag-Alkaliprobe 1947.
Schnitzler s. Urbach.
Schoen, R. s. Levaditi, C.
Schönbauer, L. u. Hogenauer, F., Hodentransplantation 1550.
*Schönfeld, W., Dermatologische Entdeckungen in Greifswald 1961.
— — Subokzipital- oder Lumbalpunktion 1539.
— — Vaginale Resorptionsversuche 1193.
— — Zisternen- und Lumballiquor bei Hautkrankheiten und Tripper 1754.
— — s. Juliusberg, F.
— s. Kaplun.
Scholnik, Mitaffektion der Schleimhaut bei Tuberkuliden 1531.
Scholtz, 1888.
— W., Tuberkulinreaktion bei Lupösen 1197.
Schreiber, N. s. Cole, H. N.
Schreiner, Karl, Psoriasis und Thymus 1065.
— — 1634.
Schreus, 1888.
— H., Alkali gegen Urtikaria 1193.
Schridde, H., Keloidose des Menschen 1018.
Schroeder, K., Schwefelbehandlung der Dementia paralytica 969, 1540.
Schubert, E. v., Stromversorgung für Röntgeninstitute 1828.
— R., Fraenkelscher Gasbazillus in der Vagina 1553.
Schüle, A., Kauterisationstherapie nach Bier 1143.
Schulmann, E. u. Marek, J., Örtlich provoziertes Ödem 1655.
Schultz, J. H., Therapie der Masturbation 1008.
Schussler, H., Chemische Verödung von varikösen Venen 1517.
Schultze-Rhonhof, F. u. Niedenthal, R., Hypophysenvorderlappen und Genitale 1819.
— W. s. Behaghel, O.
Schulz, R. L., Irrigationsröhre für die Harnröhre 959.
Schulze, Malariatherapie der Metalues 967.
— F. O. s. Kroó, H.
Schumacher, C. u. Pachur, R., Myosalvarsan 1197.
— J., Salvarsanwirkung und Retikuloendothel 1193.
*— — Über nukleinsäure-, lipoidsäure- und plastinsäurefreie Zellen 1412.
Schwartz, J. H., Chronische Paronychie 1775.
Schwarz, E., Harnblasenruptur 1216.
— J. s. Hotta, J.
— — s. Joachimovits, R.
— O. A., Nierenbeckenpapillom 1217.
— — Therapie der Gonorrhoe des Mannes 1758.
Schwarzblatt s. Levenson, N.
Schwarzmann, J., Schambergsche Krankheit 1969.
— — S., Spitzenstoß bei Insuffizienz der Aortenklappen syphilitischen Ursprungs 1533.
Sciarra, O., Serodiagnose nach Sciarra bei Syphilis 1039.
Scomazzoni, T., Idiopathische Hautatrophie 1719.
Scudero, Ch., Gonorrhoische Lymphangitis 1478.

Digitized by Google

Segal, M., Charcot-Leydensche Kristalle in den Geschlechtsorganen bei Frauen 1648.
— — B. s. Fried, S. M.
Segrè, G., Granuloma anulare 1720.
Seguin, P., Fusobacterium Plauti 1631.
Seide, J., Beeinflussung der Mitose durch Radiumstrahlen 1102.
Seiffert 1917.
Seiler, J., Abgrenzung des Geschwulstbegriffes 1853.
Seligmann, E., Scharlach in Berlin 1956.
Selissky, A., Granuloma anulare 1040.
*Selisky, A. B., Naevus sebaceus nach Impfung 1147.
*— — — s. Olesoff, J. N..
Sellei, J., Scleroderma adultorum 1946.
Semenjako, Aseptik des urologischen Empfangszimmers 1648.
Semon, H. C., Granuloma fungoides 1590.
Senear, F. E., Andrews, E. u. Willis, D. A., Fibrosarkom 1304.
Senin, A., Ekzembehandlung mit Kochsalzinjektionen 1142.
— — s. Lintwarew.
Serbanesco, L. s. Babès, A.
Serralach, N., Physiologie der Prostata und Hoden 1947.
Sézary, A., Wismutbehandlung bei Lupus erythematodes 999.
— — u. Benoist, F., Behandlung des Pruritus 1599.
— Gallerand u. Worms, R., Erythema perstans 1472.
— — — — Parakeratose der Fußsohlen 1473.
Sheard, Ch. s. Schlotthauer, C. F.
Shelmire, B., Akne durch Jodsalze 1513.
— — s. Shelmire, J. B.
— J. B. u. Shelmire, B., Herpes zoster und Varizellen 1278.
Shibata, S., Keratitis nach Impfung mit Syphilis 1653.
Shigematsu, H., Experimentelle Studie über die Urinretention 1067.
Shimoda, T., Tumoren durch Kohlenteer 1649.
Siberowa s. Glasko.
Sicard, Forestier u. Gaugier 1950.
Sidikmann, L., Schwefelpräparate 1044.
Sidney Alexander 1950.
— Thomson M., Acanthosis nigricans 1464.
Sidorow, Graviditätsveränderungen der Haut 1521.
Siebenmann, Ch. s. Larat, J.
Siebert, C., Künstliche Verödung von Krampfadern 1139.
— — Transargan und Tiefenwirkung in der Gonorrhoetherapie 971.
— — u. Wreszynski, E., Behandlung der Krampfadern 1138.
— K., Verödungstherapie der Krampfadern 1633.
Siegmund, H., Einfluß des Hypophysenvorderlappens auf die Sexualfunktion 1508.
Siegrist, A., Trachom, Einschlußblennorrhoe und Schwimmbad-Konjunktivitis 1496.
Siemens, H. W., Kleinfleckige Pigmentierungen 1193.
— — — Vererbungsbiologie und Medizin 1823.
*Silbermann, B. N. s. Maschkilleisson, L. N.
— u. Maschkilleisson, Lichen planus anularis 1648.
— B. u. Smelow, Dermatitis fixata nach Bijochinolinjektionen 1039.
Silber Peacock s. Hoyne, A. L.
Simáček, O., Perkutane Applikation der Hormonalstoffe 1512.
Siméon s. Roger, H.
Simon, C., Azoospermie mit sekundären Geschlechtsmerkmalen 1091.
— — u. Garnier, Ch., Pigmentnaevus der anovulvären Region 1466.
— H. s. Knack, A. V.
— René, Lymphogranulomatosis inguinalis 1468.
Simons, A., Diathermotherapie bösartiger Neubildungen 1524.
— — Strahlenbehandlung des Zungensarkoms 1562.
— — s. Halberstaedter, L.
Simsch, G. s. Stahl, R.
Sinari u. Schapiro, K., Statistik und Klinik des Ulcus molle 1543.
Singer, H., Harnröhrenstriktur bei Scheidenkarzinom 1503.
*Sirota, L. S., Harter Schanker an den Augenlidern 1840.
— — Sarcoma multiplex haemorrhagicum 1039.
— u. Higer, Syphilis und Trauma 1968.
Sittenfield, M. J., Strahlenempfindlichkeit des Geschwulstgewebes 1045.
Siwon, P., Harnröhrensteine 1500.
*Sklarz, E., Chronische Cowperitis gonorrhoica 1380.
Slijpe, W. van, Wirkung aktiver Substanzen des Ureters und der Blase 1503.
Sloboziano, H., Soire, E. u. Petresco, M., Nierendysembryom 1626.
Sloimovici, A. s. Roederer, J.
Slotopolsky, B., Sexualoperationen 1504.
Smelow s. Kahn, A.
— s. Silbermann, B.
Smirnow, O. L. u. Kukujewitzky, D., Hodengeschwülste, Seminom und Inguinalhernie 1005.
Smith, D. C., Turner, H. C. u. Sanderson, E. S., Blastomykose 1846.

Digitized by Google

Smolka, Hämatogene Dermatomykosen 1252.
Sobolew, L., Lymphogranulomatosis inguinalis 970.
Sochatzy, K., Sistomensin bei Psoriasis 1142.
Sofoteroff, S., Haar als Ursache von Neuralgien 1200.
Soin, E. s. Sloboziano, H.
Sokolow, A. A., Cholesterinurie 1276.
Solbrig, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1012.
Solé, A. s. Chiari, H.
Sollmann, T. s. Cole, H. N.
Solomon, J., Französische und deutsche Röntgeneinheiten 1561.
Sommerford, A. R., Lupus vulgaris, neue Behandlung 1531.
— — — s. Gibson, R.
Sonne, C., Strahlenbiologie, Einfluß der Wellenlänge 1072.
Soret, Radium bei Röntgenschädigungen 1599.
Sorrentino, M., Strikturen 1477.
Soscia 1695.
Soto s. Hombria.
Southam, A. H., Eierstocksarkom bei einem Kinde 1504.
Souza-Araujo, H. C. de, Kala-Azar in Indien und Orientbeule in Bagdad 1144.
Sparacio, B., Grundumsatz in der Dermatologie 1718.
— — Hydroa vacciniforme 1490.
Spicca, G., Neuere Abänderungen der WR 1696.
*Spiethoff, B., Ameisensäure bei Dermatosen 1355.
— — Blutbefunde bei Syphilis 1194.
— — Impfmalaria 1492.
— — Impfmalaria bei akuter und chronischer Gonorrhoe 973.
— — Linksverschiebung der Neutrophilen bei Impfmalaria 968.
Spillmann, Im Departement Meurthe-et-Moselle beobachteter Leprafall 1700.
Spindler, A., Ulcus molle und Frauenemanzipation 1063.
Spitzer, Alopecia totalis nach Typhus 1452.
— Molluscum contagiosum 1452.
— Schwielen 1452.
Ssolowoff, P. D., Unterbindung des Vas deferens bei Geschlechtstuberkulose 1785.
Ssutejew, Hautveränderungen bei Erythraemie Vaquez 1969.
Stahl, R. u. Simsch, G., Erythem- und Pigmentbildung in der Lichttherapie 1046.
Stancanelli, P., Phenolphthaleindermatitis 1477.
Statham, R. S. S., Behandlung des Trippers der Frau mittels Austupfens mit Merkurochrom und Flavin 1498.
Stefanesco, Dynamik der Harnorgane 1218.
Steiger-Kasal, D., Weiße Blutzellen bei Dermatosen 1254.
Stein, Lichen ruber acuminatus 1301.
— A. u. Hensel, O., Gumma der Bauchwand abdominalen Tumor vortäuschend 1532.
— R. O., Herpes zoster als Ursache einer Varizellenepidemie 1194.
— — — Rosazea und ihre Behandlung 1067.
— — — Therapie der männlichen Gonorrhoe 1496.
Steinbock, L., Kältehämoglobinurie bei kongenital luetischen Kindern 1534.
Steinbrinck, W., Spätlues der Knochen und Gelenke 1602.
Steinitz, H., Weiblicher Eunuchoidismus 1007.
Steinke, E., Meldungen von Ansteckungsquellen vor Einführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1822.
Stern, Fr. s. Nathan, E.
— K., Praxis des Spirochätennachweises 1535.
— M. u. Frank, T., WR als Standardmethode 1753.
Sternberg, A., Stschedrowitzky, S. u. Rabinowitsch, E., Experimentelle Gonorrhoe an Tieren 1757.
— L., Eosinophilie bei Heufieber 1825.
Stillians, A. W., Kolmer-WR bei Schwangeren 955.
Stock, A., Gefährlichkeit des Quecksilbers und Amalgamzahnfüllungen 1826.
Stoeckel, Incontinentia completa durch Uterusinterposition 1217.
— Nierentumor und Gravidität 1217.
Stoel, G., Wirkung der Radiumstrahlen auf experimentellen Teerkrebs 1173.
Stojanow u. Fukelmann, Behandlung der Hyperidrosis faciei 1955.
Stokes, J. H., Ausbildung in der Dermatologie 1090.
— — — Kontrolle der Geschlechtskrankheiten 1555.
— — — u. Mrintyre, M. C., Ephedrin zur Kontrolle von Arsphenaminreaktionen 1776.
Stolzenberg, H., Zur Kenntnis des Eunuchoidismus 1546.
— — s. Hübner, H.
Strandberg, J., Blutkörperchensenkung bei Hautkrankheiten 1591.
Stannus, H. S., Framboësie und Syphilis 958.
Strätton, E. K., Multiples hämorrhagisches Sarkom 959.
Strauch, C. B. s. Bernhardt, H.
— — — u. Bernhardt, H., Versuche zur Krebsfrage 1172.

Digitized by Google

*Strauss, Calorilux 1050.
— A., Radiumbehandlung der kavernösen Angiome 1135.
— H., Hypertonie und Durstkuren 1948.
— O., Krebsbehandlung 1174, 1524.
— — u. Müller, O., Röntgentechnik u. -therapie 1095.
— W., Thermoelement für Hauttemperaturmessungen 1823.
Strempel, R., Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1275.
— — Pathogenität der Spirochaeta pallida 1194.
— — Rekurrens an Kaninchen 1018.
Strokoff, F. s. Gottlieb, J.
Stroscher, A., Targesin bei Gonorrhoe 1194.
Strunnikow, Elefantiasis der männlichen Geschlechtsorgane 1500.
Streyker, G. V. u. Davis, R. H., Schambergs Pigmenterkrankung der Haut 1304.
Stschedrowitzky, S. s. Sternberg, A.
Stühmer, A., Röntgenbestrahlung der Hautkrankheiten 1828.
*Stümpke, G., Hautkrankheiten und Stoffwechselstörungen 1383.
— — Licht und Hautkrankheiten 1073.
— — Ulcus-molle-Vakzine 1194.
— — Ulzeröse Prozesse an den Genitalien 1092.
Stumpfl, F. s. Hartmann, H.
Suchier, Akute Dermatitis durch Lederfärbemittel 1514.
Sum-Schik, E., Samenzysten 1040.
Suponizka, F. s. Bricker, F.
Suter, F., Sphinkterhypertrophie, Ursache von Harnverhaltung 1783.
Sutton, J. C., Wismutresistente Syphilis 1306.
— R. L., Hautkrankheiten 1725.
Svehla, K. u. Svehla, K. jun., Seifenbäder 1043.
Suān, M. H., Drei Phasen der WR 1307.
Szegö, P., Ekzem und Ovarialstörungen 1521.
Szentkirályi, S. v. s. Berde, K. v.
Szyle, D. s. Neufeld, L.

Taillens, Impfung mit BCG 1256.
Taitza 1250.
Takahashi, A., Rezidivierende Prostatahypertrophie 1848.
— — Seltene Fremdkörper in der Harnblase 1066.
Takasaki, S., Nodosités juxta-articulaires 1649.
Takeichi, T., Einfache Serumreaktion 1042.
Takhashi, A., Seltene Geschwülste 959.
Tamuka, S., Alopecia areata 1652.
Tamura, S. u. Kaneda, S., Alopecia areata 1651.
Tamura, S., Feine Nervenfasern in den männlichen Genitalorganen 1971.
Tapia, D. R., Hämorrhagischer Symptomenkomplex der akuten Leukämie 1131.
— R. s. Contera, F.
— — s. de la Portilla, J. F.
Taraetelli, E., Brocqsche Hautreaktionen 1487.
— — Intradermale Vakzinetherapie des weichen Schankers 1479.
Tarchini, P. u. Mastrocola, M., Blastomykose 1721.
Tardieu, A. s. Caussade, G.
Tarsis s. Perkel.
— Panow u. Wassiljewa, N., Infiltrat nach Hg- und Bi-Injektionen 1540.
— F. J., Panow, W. P. u. Wassiljewa, N. M., Infiltrate nach Hg- und Bi-Injektionen 1587.
Tashiro, B., Fall von Muskelgumma 1971.
— — Lichen planus mit Schleimhautbeteiligung 1651.
— — Verdoppelung der Nierenbecken 1652.
Tatarskiy s. Dombrowskiy, A.
Tataru, C. u. Conradi, D., Müllersche Ballungsreaktion 1311.
Tatum, S., Neue Klemme für die Harnröhrenmündung 959.
— Wn. B., Glashalter für die Dreigläserprobe 1463.
Tedeschi, N., Gonokokkeninfektion eines Kanales der Raphe penis 1695.
Teissier, P., Gastinel, P. u. Reilly, J., Herpes-Immunität 1517.
Teleky, Thalliumvergiftung 1044.
Temesvary, G. v., Triphalbehandlung bei Lupus erythematodes 1660.
Temple, Erythema induratum 1452.
— Lingua villosa 1810.
Templeton, H. J., Erythema elevatum diutinum 1305.
— — — Schwarze Haarzunge 959.
Tempsky, A. v., Chromsäuregeschwüre 1045.
Tenenwurzel, R., Pyoctaninlinktur und Pellidol-Bolussalbe bei Ulcera cruris 1523.
Thedering, F., Finsen und Röntgen in der Lupusbehandlung 1958.
— — Ultraviolettdosierung bei Hautkrankheiten 1074.
Theodorescon, S., Skorbutdermatitis 1778.
Thévenarel, P. s. Tissot, J.
Thibaut s. Louste.
Thiroloix, P. s. Gougerot.
— — s. Meyer, J.
Thom, B., Harnleiter- und Nierenverdoppelung 1276.
Thomas, A. J. s. Guiraud, P.
Thomson, M. S., Lichen planus der Tonsillen 1805.

Digitized by Google

Thoyer-Rozat, P. s. Delherm, L.
Thurber, F., Gewerbliche Hauterkrankungen durch Steinsalz 1044.
Timochina, M., Influenzabazillen in der Vagina 1040.
Tissot, J. u. Thévenard, P., Argyrol 1219.
Tittinger, H., Unter besonderen Qualen erlittene Körperverletzungen 1141.
Tobias, N., Schleimhäute bei Epidermolysis bullosa 1845.
Todd, L. C. s. Elliott, J. A.
Töpfer, D., Infiltrierend wachsendes Hämangiom der Haut 1516.
Török, L., Pathologie der Urticaria pigmentosa 1589.
— — s. Hammer, F.
— — Rajka, E. u. Wessely, E., Stauung, Kapillardruck und Exsudation 1195.
Tokunaga, H., Einfluß verschiedenartiger Salzlösungen auf Komplementwirkung 1536.
Tommasi 1693.
— L., Hydrotherapeutische Maßnahmen bei Lebererkrankungen 1222.
— — Idiopathische Hautatrophie und Sklerodermie 1696.
— — Lupus erythematodes 1222.
— — Unlösliches Arsenobenzol 1695.
Toomey, J. A., Scharlach, Abblassen der Haut durch Antitoxine 1228.
— N., Goldbehandlung der Psoriasis 960.
— — Ziegenleder-Moulagen 1305.
Tornabuoni, G., Pseudobotryomykose 1721.
Toschkoff, Chemische Verbrennung am Kopfe 1585.
*Touton, Hautausschläge 1931.
— Toxicodermia phytogenes 1195.
Trautmann, E., Meningismus nach Lumbalpunktion 1311.
Treuter, W. H., MBR bei Schwangeren 1538.
Trojan, E., Periurethritis durch Bacillus oedematis maligni 1548.
Troisier, J. s. Levaditi, C.
Truffi, G., Spätulzerationen auf Röntgendermatitisnarben 1222.
— — Thalliumalopezie 1038.
— M., Experimentelle Superinfektion mit Syphilis 1691.
— — Zystizerkus der Subkutis 1489.
— 1693, 1695.
Tsatsaronis s. Bourgeois.
Tchernogouboff, N. s. Pélévine, A.
Tschlenow, M., Syphilis und Pjatigorsk 969.
Tschumakow, N., Favus capillitii 1224.
Tulbermann s. Brodsky.
— u. Lauda, Blutfermentstörungen bei syphilitischen Säuglingen 1534.
Turner, H. C. s. Smith, D. C.
Twistington Higgins, T. 1950.
Twort, C. C. u. Ing, H. R., Baumwollspinnerkrebs und Mineralöle 1523.

Uffenheimer, A., Anfallbereitschaft und Eosinophilie 1509.
Uhlmann, E., Alopecia areata 1201.
— — Grenzstrahlen 1252.
— Fr., Ovarialhormon 1820.
Ullmann, Behandlung planer Warzen mit Solutio Fowleri 1455.
— Erythema multiforme 1455.
— Erythema multiforme recidivans 1456.
— Gumma neben Lues cerebrospinalis 1299.
— Haarwachstum nach Röntgenbestrahlung 1455.
— K., Myosalvarsan 1402.
— Naevoide Mißbildungen 1455.
— Röntgenwirkung auf den Haarwuchs 1810.
— 1457, 1873, 1888, 1914.
Umeda, T., Besonderer für Licht empfindlicher Hautsinn 1971.
— — Wirkung des Lichts auf die Bewegung des Flimmerepithels 1650.
— — Wirkung des Pyridins 1653.
— — Wirkung tierischer Gifte auf das Flimmerepithel 1651.
Unikel, Geschlechtsleben der Zöglinge von Militärschulen 1556.
Unna, P. G. 1606.
— — jun., Atrophia chronica mit Knoten und Strängen 1879.
— — — Atrophia cutis bei Ichthyosis 1879.
*— — — Bekämpfung der Lepra 1921.
*— — — Heilung von fünf Fällen von exfoliativen Erythrodermien 1263.
— — — Lepra mixta 1878.
— — — Lepra nervosa 1879.
— — — Parakeratosis variegata Unna 1880.
— — — Parapsoriasis lichenoides 1248.
— — — 1246, 1873.
*— — — s. Keil, E.
— — — u. Delbanco, E., Bowensche Erkrankung 1195.
— — — u. Keil, E., Kulturversuche auf Ei-Nährböden nach Hohn 1881.
— G. W., Lupus erythematodes 1880.
— — — Mycosis fungoides 1880.
— — — Sarcoma multiplex cutaneum 1880.
— — — Sarcoma solidum cutis 1880.
Unshelm, E., Pseudohermaphroditismus masculinus completus 974.
Urbach, Angioma cavernosum 1458.
— Biologisch-chemische Forschungsrichtung in der Dermatologie 1825.
— Geflügeltuberkulose 1810.
— Gewerbedermatosen bei Spenglern 1302. 1946.
— Lichtdermatose 1457.
— Naevus Pringle mit Morbus Recklinghausen 1458.

Digitized by Google

Urbach, Passive Übertragung der Überempfindlichkeit, allergische Hauterkrankungen 1252.
— Sarkoid Darier-Roussy 1458.
— Untersuchungsmethoden in der Dermatologie 1687.
— Wasser-, Kochsalz-, Reststickstoff- und Fettgehalt der Haut 1746.
*— Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen 1883.
— 1298. 1300, 1809, 1872, 1874, 1876, 1888, 1896.
— u. Schnitzler, Immunisierung von Mäusen gegen Karzinom 1661.
Urbain, A. s. Brocq-Rousseau.
— — s. Wollmann 1657.
Urech, E., Pneumoperitoneum, Komplikation der Prostatektomie 1219.
Usher, B., Schweiß als Nährboden für Bakterien 1845.

Valk, J. W. van der, Identität von Impetigo, Pemphigus neonatorum und Dermatitis exfoliativa 1195.
Vallée, H., Carré, H. u. Rinjard, P., Impfung gegen Maul- und Klauenseuche 1199.
Valléry-Radot, P., Blamoutier u. Justin-Besançon, Krampfartige Koryza 1511.
*Vásárhelyi, J. v., Experimente mit Thallium an stillenden Ratten 1741.
Vaurs, R. s. Sazérac, R.
Veiel, F., Bedeutnng von Jahreszeit und Witterung für Lupus vulgaris 1531.
— — Perifolliculitis abscedens et suffodiens 1195.
Vejirtjis, P. s. Dracoulidès.
Venturi, T., Ballungsreaktion 1479.
— — Hautallergie in der Infektion durch Streptobazillus Ducrey 1721.
Vera, B. de s. Eubanas, C.
Véran, P. s. Sainton, P.
Vercellino, L., Einfluß des Jodkaliums auf die WR 1696.
— — Kugelkerne im Urethralsekret 1479.
Vernier, P., Einfluß der Syphilis auf die Schwangerschaftsalbuminurien 1593.
— — s. Pinard, M.
Verrotti, G., Infiltration der Mundschleimhaut bei rezenter Syphilis 1489.
— — Superinfektion mit Syphilis beim Menschen 1693.
Versari, A., Tellur in der Syphilisbehandlung 1695.
Versini s. Pinard, M.
Viethen, Harnleiterkatheter, Aufbewahrung 1217.
Viev s. Audry, Ch.
Vigne, Paul 1634.
Vilonova, X., Behandlung der Pilzerkrankungen mit Thallium 1688.
Villaret, M. u. Justin, L., Pathologische Physiologie der peripheren Gefäßstörungen 1516.
Viole, P. L. u. Dufourt, P., Pathogenese der Ödeme 1850.
Vivo, G. del, Urticaria durch Kälte 1221.
*Vogel, H., Chylozele und Peri-Orchitis durch Filaria Bancrofti 1870.
*Vohwinkel, K. H., Lichen planus vesiculosus 1103.
— 1913.
Voigt, L., Geschlechtskranke in Nürnberg 1557.
Volk, R., Erysipel 1520.
— Fibrosarkom 1809.
— Lupus erythematodes mit Tuberkuliden 1809.
— R., Periarteriitis nodosa bei Lupus erythematodes 1195.
— 1297, 1298, 1299, 1300, 1809, 1811, 1812.
Volterra, M., Kapillarblutungen 1633.
Vonkennel, J., Säure-Blasengleichgewicht bei Hautkrankheiten 1884.
— — Schellackreaktion von Marchionini und Thurzo 1945.
— 1877, 1915.

Wacksmacher s. Choroschin.
Wade, H. W, u. Lara, C. B., Lepra 1230.
Wagner-Jauregg, J., Malariabehandlung der progressiven Paralyse 966.
— — Malariatherapie 967, 1540.
— — — bei Syphilis 1591.
Wainstein, A. u. Golossowker, S., Behandlung der Frühsyphilis mit Rekurrens 1945.
Waldo, P. C. s. Grulee, C. G.
Wallon, E., Angiomatöse Läsion der Nase im Gefolge Erysipels 1474.
— — Radiumapplikation auf die Milzgegend bei Psoriasis 1474.
Walter s. Cailliau, F.
— — Pautrier, L. M.
— E., Katalytische Schwankungen im Blut von Kindern mit angeborener Syphilis 1040.
Walthard, B., Primelekzem beim Tier 1748.
— — Unter dem Bilde einer Dysidrosis verlaufendes Epidermophytid 1196.
Waltscheff, Ekzembehandlung mit intravenöser Injektion 1685.
— Epitheliom an der Stirn 1685.
Walzer, A. u. Walzer, M., Urticaria 1278.
Warner, H., Laktinpräparate bei Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktus 1781.
Wartavarowa s. Naneischwilin.

Digitized by Google

Waser, Synthese der organischen Arzneimittel 1953.
Wassiljeff, A. A., Pathologische Veränderungen der Samenblasen 1551.
— — — Sarkom der Prostata 1818.
Wassiljewa, N. s. Tarsis.
Watanabe, K., Chromolytische Studie 1042.
— — Chromolytische Studie der Hefe 1041.
Way, J. K. G., Nierenabszeß durch Gonorrhoe 1496.
Weber, F. P., Bullöse Eruption bei Ichthyosis 1093.
— — — Einseitige Erythrocyanosis crurum puellarum 1590.
— — — Epidermolysis bullosa hereditaria 1588.
— — — Subokzipitaler Typus von Cutis striata 1093.
— W. s. Perlmann, S.
Wedekind u. Gutschmidt, Irrtümer in Erkennung der Geschlechtskrankheiten 1495.
Wedenski, D., Echinokokkus der Niere 1948.
Wehrle, W. O., Ulcus tropicum 1659.
Weidman, F. D., Dermatophytosis 1202.
Weill-Hallé, B., B.C.G. gegen Tuberkulose 1602.
Weise, W. s. Almkvist, J.
Weiss, F., Spirochätenuntersuchung im Säuglingsalter 1752.
Weissmann, M. s. Klemperer, E.
— s. Poinclouse, P.
Weisz, E., Äußere Behandlung von Strikturen der Harnröhre 1004.
Welfield, J. u. Wochinski, A., Nierentuberkulose 1462.
— — Harnblasensteine bei Kindern 1686.
*Wenger, P., Bedeutung der konstitutionellen Anomalie des Harnorgans für die schwer verlaufende Gonorrhoe 1159.
Weninger, G., Eingewachsene Barthaare 1951.
Werblunsky, S. s. Brumpt, E.
Werboff, S., Nephritiden als Folge von Tonsillitis u. Appendizitis 1774.
— — Nitzesches Zystoskop 1948.
Wersilowa, M., Ätiologie von Dermatitis atrophicans, Morbus Raynaud und Sklerodaktylie 1648.
Wertheim, Basalzellenepitheliome 1810.
Werther, J. s. Almkvist, J.
Werwath, K., Vasoligatur bei Prostatahypertrophie 1216.
Wessely, E. s. Török, L.
Westphal, A. u. Bach, 100 mit Malaria behandelte Fälle von progressiver Paralyse 1196.
— K., Hämolyse nach Chininbehandlung 968.
Wethmar, R., Anfangsfieber und Inkubation bei Impfmalaria 1541.
White, C., Dermatophytosis der Extremitäten 1525.
— Cl., Leistendrüsenentzündung durch Pilze 1845.
— G. F. u. Dove, W. E., Creeping Eruption 1526.
Whitney, C., Gefährdung der Ärzte bei Behandlung von Syphilitikern 1307.
Wichmann 1247.
*— P., Abwehrvorgänge bei Superinfektion mit Tuberkulose 1897.
— — Leuchtende Wärmestrahlen 1096.
— — Primäre Infektion der Haut mit Tuberkulose 1196.
*— — Tuberkulose der Nasenschleimhaut 1282.
Wiegand, Salvarsanbehandlung der Syphilis 965.
Wiening, H. s. Blumenberg, W.
Wiese, Angiokeratom mit Weichteilschrumpfungen 1876.
Wigley, J. E. M., Hyperkeratosis palmaris und plantaris 1777.
Wile, U. J., Unterricht in der Dermatosyphilidologie 1089.
Wildbolz, H., Operative Therapie des Prostatakarzinoms 1786.
— — Tuberkulöse Epididymitis 1600.
Wilenczyk, A., Sporenbildung bei Achorion Schönleini 1227.
Wilentschuk, A., Frühzeitige syphilitische Affektion des Zentralnervensystems 1039.
Wilkinson, R. s. Punch, A. L.
Willet, J. C. u. Nagle, N., Kahnsche Probe bei primärer Syphilis 1537.
Willis, D. A. s. Senear, F. E.
Wilson, W. A., Nedley, R. M. u. Honig, Fl., Kahnsche Flockungsmethode 1308.
Winkel, M., Virilismus suprarenalis 1145.
Winkler 1034, 1888.
— W. F., Vakzinale Erkrankungen des Zentralnervensystems 1527.
Winogradow, N., Exostosis multiplex auf Grund von Lues congenita 1970.
Wirz, F., Einfache Behandlungsmethode der Stauungsdermatitiden an den Unterschenkeln 1517.
Wirz, Fr., Lues nervosa 1196.
Wise, F., Lichen albus 1844.
Witebsky, E. s. Sachs, H.
Witteler, E., Berufsinfektion am Unterschenkel 1196.
Wittkowsky, C., Erfolge der Röntgentherapie 1098.
Wochinski, A. s. Welfeld, J.
Wohlstein, E., Angiolupoid 1946.
*— — Erythema nodosum migrans 1150.
Woinow, Komplementbindung bei gonorrhoischen Erkrankungen 1494.
Wolf, Rhinosklerom 1297.

Digitized by Google

Wolf, St., Das ultraviolette Spektrum der Radiumemanation 1954.
Wolfsohn, G., Konservative Behandlung der Nebenhodentuberkulose 1551.
Wollmann, E. u. Urbain, A., Sensibilisatoren für das Herpesvirus 1657.
— — — — — Sensibilisatoren für das Vakzinevirus 1657.
Woringer s. Roederer, J.
Worms, R. s. Sézary.
*— W., Weitere Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung 1916.
— — s. Almkvist, J.
*Wovsi, B., Thallium aceticum bei Haarpilzerkrankungen 1153.
Wreszynski, E. s. Siebert, C.
Wucherpfennig, V., Dystrophia unguium canaliformis 1946.
Wurmser, R., Ambulante Behandlung der Orchitis gonorrhoica 1219.
Wyard, St., Behandlung von malignen Neubildungen mit Kolloidblei 1955.

Zadik, P., Wismutinjektionen bei Tumoren 1174.
Zaslawsky, Ambulatorisch ausgeführte Lumbalpunktion 1968.
Zellner, E., Arthropathia psoriatica 1519.
Zeltner, J., Transargan 971.
Zibordi, A., Unbewußte Syphilis 1695.
Ziekmann, R. C. s. Schmidt, F. R.
Zieler, K., Behandlung des Trippers des Gebärmutterhalskanals 972.
— — Impfmalaria und Bedeutung für die Frühsyphilis 1541.
— — Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1068.
Zimmer, A., Orale Reizbehandlung 1631.
Zimmermann, L., Glossitis rhombica mediana 1946.
Zimmern, A., Nicolleau u. Arvanitakis, Anästhesierung mittels Ionisation mit Carbain 1516.
Zinsser, Ferdinand 1018, 1146.
Zippert, L., Gonorrhoeprophylaxe 971.
— — Neurosen des Sexualtraktus 1008.
Zolog, M. s. Moldovau, J.
Zollschan, J., Primärsklerose in der Urethra 1276.
Zondek, B., Sexualhormon aus dem Harn von Schwangeren 1503.
— — u. Aschheim, S., Hormon des Hypophysenvorderlappens 1013.
Zumbusch, L. v., Geschlechtskrankheiten und Ehekonsens 1010.
*Zurhelle, E., Berloque-Krankheit 1895.
— — Einwirkung von Kölnischem Wasser auf die Haut 1514.
— — u. Schleyer, O., Virulenz von syphilitischem Leichenvirus 1196.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Medical Center Library

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to $1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

DAY
~~7 DAY~~
1 4 1957
JAN 1 4 1957

7 DAY
~~7 DAY~~
JUN 13 1966
~~JUN 14 1966~~
RETURNED
JUN 7 1966

5m-3,'47(A2646s2)4128

Digitized by Google

Dermatologische wochenschrift

Digitized by Google